

RAVITSEMUKSEN HUOMIOINTI ADHD-OIREITA OMAAVIEN LASTEN TOIMINTATERAPIASSA

Noora Holopainen
Riina Torniainen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Holopainen, Noora Torniainen, Riina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 6.5.2014
	Sivumäärä 51	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi RAVITSEMUKSEN HUOMIOINTI ADHD-OIREITA OMAAVIEN LASTEN TOIMINTATERAPIASSA		
Koulutusohjelma Toimintaterapia		
Työn ohjaaja(t) Rutanen, Maaret		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Ravitseminen vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin ja kykyyn toimia arkipäivän tilanteissa. Siksi myös toimintaterapiassa olisi syytä huomioida ravitsemuksen yhteydet lapsen toimintaan. Ravitsemuksen huomioon ottaminen on perusteltua, sillä toimintaterapiassa huomioidaan tärkeänä osa-alueena myös itsestä huolehtimisesta, johon sisältyvät kiinteästi syöminen ja ravitseminen. Tausta-ajatuksena opinnäytetyölle on, että ravitsemuksella ja ravinnon laadulla saattaa olla yhteyksiä myös ADHD-oireisten lasten käytökseen ja toimintaan.</p> <p>Opinnäytetyö kartoitti toimintaterapeuttien käsitystä aiheesta sekä heidän omakohtaisia näkemyksiään ravinnon yhteydestä lapsen toimintaan. Teoreettisena viitekehiksenä opinnäytetyössä toimi PEO-malli, jossa ihmisen, ympäristön ja toiminnan dynaaminen vuorovaikutus näkyy toiminnallisena suoriutumisenä, joka on mallin keskiössä. Kyselyn kautta pyrimme selvittämään, miten ravitsemusta on huomioitu kyseisten lasten toimintaterapiassa sekä kokevatko terapeutit lisäkoulutuksen ravitsemuksesta tarpeelliseksi.</p> <p>Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä suomalaisille toimintaterapeuteille. Kysely lähetettiin TOInet-sähköpostilistan välityksellä ja määräaikaan mennessä saatiin 57 vastausta. Toimintaterapeutit kokivat aiheen ajankohtaiseksi ja mielenkiintoiseksi. Yleisesti ottaen asiasta koettiin tiedettävän paljon, mutta tiedon ottaminen käytäntöön toimintaterapiassa on vielä haastavaa. Lähes kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että ravitsemusta tulisi huomioida toimintaterapiassa ja että lisäkoulutukselle aihepiiriin tiimoilta olisi tarvetta.</p> <p>Tulevaisuudessa tutkimuskohteena voi olla ADHD-oireisten lasten aistiyliherkkyyksien näkyminen ruokailutilanteissa ja -tottumuksissa. Ravitsemusinterventtioiden käyttöä ja mahdollista hyötyä olisi mielenkiintoista tutkia myös muiden sairauksien ja diagnoosien hoidossa. Yleisesti ottaen ravitsemuksen vaikutukset ja huomioiminen toimintaterapiassa on tärkeä ja selvästi toimintaterapeuttien keskuudessa kiinnostusta herättävä aihe, johon kannattaisi myös jatkossa kiinnittää huomiota tutkimusten ja opinnäytetöiden myötä sekä käytännön työssä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Toimintaterapia, ravitseminen, ADHD, lapset, kyselytutkimus, PEO-malli		
Muut tiedot		



Author(s) Holopainen, Noora Torniainen, Riina	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 6.5.2014
	Pages 51	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title NUTRITIONAL ASPECT IN OCCUPATIONAL THERAPY CHILDREN WITH ADHD		
Degree Programme Occupational Therapy		
Tutor(s) Rutanen, Maaret		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>Our wellbeing and ability to function in everyday life are affected by nutrition. Therefore, nutrition and the quality of food should be important parts of occupational therapy. Paying attention to nutrition is justified by the fact that occupational therapy also focuses on people's self-maintenance to which eating and nutrition are closely linked. The idea behind this thesis was that nutrition and the quality of food could also be linked to ADHD-children's behavior and occupation.</p> <p>The purpose of this Bachelor's Thesis was to examine the thoughts and insights of Finnish occupational therapists regarding nutrition and its relation to children's occupation. The frame of reference used in this study was the PEO Model in which the dynamic interaction between a person, his/her environment and occupation is seen as occupational performance. This performance is the focal point of the model. The purpose of this survey was to determine how nutrition was taken into account in ADHD-children's occupational therapy. In addition, the purpose was to study if the therapists had needs for further education in nutrition.</p> <p>An internet survey was conducted by using the Webropol online survey and analysis software. It was sent to occupational therapists through the TOInet-mailing list, and 57 therapists responded by the deadline. Generally, the therapists found the topic interesting and of current interest. The results showed that they had a wide range of knowledge but that the implementation of it in occupational therapy was more difficult. The majority thought that nutrition should be taken more seriously regarding their clients in occupational therapy. Furthermore, the therapists pointed out the need of further education.</p> <p>Further studies on the sensory problems of children with ADHD during mealtimes or in eating habits would be interesting to carry out. Using feeding interventions as a treatment plan to other health problems should also be taken into consideration. Broadly the effects of nutrition and paying attention to them in occupational therapy is an interesting and important subject among occupational therapists. Further studies and knowledge of the subject are needed in the future.</p>		
Keywords Occupational therapy, nutrition, ADHD, children, survey, PEO Model		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	3
2 PEO-malli	5
3 ADHD lapsilla	7
4 Ravitseminen ja hyvinvointi	11
5 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	18
6 Tutkimuksen toteutus	19
6.1 Kyselytutkimus ja esitestaus	20
6.2 Aineiston analyysi	23
7 Tutkimuksen tulokset	25
7.1 Taustatiedot	25
7.2 Ravitseminen	27
7.3 Ravitsemustottumukset ja niiden selvittäminen toimintaterapiassa	28
7.4 Ruokailutilanne	29
7.5 Ravitsemuksen huomioiminen ja muutokset ravitsemuksessa	30
7.6 Muuta huomioitavaa	33
8 Johtopäätökset	34
9 Pohdinta	35
 Lähteet	 40
LIITE 1. Kyselyn saateviesti TOInet:iin	43
LIITE 2. Kyselylomake	44
 Kuviot	
Kuvio 1. PEO-mallin dynamiikka	6
Kuvio 2. Uusien ravitsemussuosittelujen mukainen ruokakolmio	12
Kuvio 3. Vastanneiden kokemus ADHD-oireisista lapsiasiakkaiden kanssa	26

Kuvio 4. Vastaajien tuntemat ravitsemusinterventiot	27
Kuvio 5. Vastaajien tietolähteet	28
Kuvio 6. Vastaajien näkemys täydennyskoulutuksen tarpeellisuudesta	33

Taulukot

Taulukko 1. Kyselylomakkeen vastaavuus tutkimuskysymyksiin.	21
--	----

1 Johdanto

Hyvä ravinto edistää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Ravitsemukseen ja erityisesti sen laatuun halutaan nykyään panostaa enemmän ja suomalaisten ruokatottumukset ovatkin viime vuosikymmeninä kehittyneet myönteiseen suuntaan (Lahti-Koski & Rautavirta 2012, 255). Ruokavaliolla on tutkitusti tärkeä merkitys useiden elintapasairauksien ehkäisyssä, mutta toistaiseksi tiedetään varsin vähän ravinnon vaikutuksista lasten pitkäaikaissairauksien syntyyn. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos n.d.)

Case-Smith (2010, 447) toteaa syömisen olevan kaikista päivittäisistä toiminnoista elämän jatkumisen ja henkiinjäämisen kannalta olennaisinta. Koska ravinto vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin ja kykyyn toimia arkipäivän tilanteissa, myös toimintaterapiassa voisi olla syytä huomioida ravitsemuksen vaikutus lapsen toimintaan. Ravitsemuksen huomioon ottaminen on perusteltua, sillä toimintaterapiassa huomioidaan tärkeänä osa-alueena itsestä huolehtimista, johon sisältyvät kiinteästi syöminen ja ravitsemus. Koska ravitsemuksella voidaan saada aikaan positiivisia vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.), tausta-ajatuksena opinnäytetyölle on, että ravitsemuksella ja ravinnon laadulla saattaa olla yhteyksiä myös ADHD-oireisten lasten käytökseen ja toimintaan.

Pelsserin ja Buitelaarin (2002) tekemässä pilottitutkimuksessa pyrittiin selvittämään, voidaanko lasten ADHD-oireiden helpottumiseen vaikuttaa ruokavaliota karsimalla. Lapset noudattivat normaalia ruokavaliotaan kahden viikon ajan sekä rajoitettua dieettiä toiset kaksi viikkoa. Tulokset osoittivat, että pienillä lapsilla tarkkaan rajatulla dieetillä voidaan merkittävästi helpottaa ADHD-oireita. (Pelsser & Buitelaar 2002.) Lisäksi Dykmanien (1998) tutkimus raportoi kahden ravintoaineen vaikutuksia tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriölasten oireisiin. Tutkimuksen tulokset viittasivat oireiden helpottumiseen ruokavaliomuutosten avulla (Dykman & Dykman 1998). Myös Lancetissa julkaistussa RCT-tutkimuksessa Pelsser, Frankena, Toorman, Savelkoul, Dubois, Pereira, Haagen, Rommelse ja Buitelaar (2011) laittoivat sata 4-8-vuotiasta ADHD-diagnoosin saanutta lasta viiden viikon ajaksi tiukalle ruokavaliolle. Tutkijat

havaitsevat, että dieettijakson päättyessä 64 %:lla tutkimusryhmäläisistä ADHD-oireet olivat vähentyneet vähintään 40 %. Heidän tutkimuksensa tukee oletusta siitä, että ainakin joidenkin lasten ADHD-oireet liittyvät ruokavalioon ja niitä voidaan lievittää ammattilaisten kanssa yhteistyössä toteutetun rajoitusdieetin avulla.

Toimintaterapeuteilla on jo pitkään ollut olennainen rooli lasten erilaisten ruokailuun liittyvien ongelmien ratkaisemisessa. Pätevän toimintaterapeutin tulisikin tuntea anatomian, kasvun ja kehityksen sekä sosiaalisten ja emotionaalisten tekijöiden vaikutus ruokailuun. Edellä mainittujen lisäksi painotetaan myös ravitsemustietämystä. (Schuberth, Amirault & Case-Smith 2010, 447)

Opinnäytetyössämme tarkastellaan ravitsemuksen huomioimista toimintaterapiassa sekä toimintaterapeuttien käsityksiä ravitsemuksen yhteydestä ADHD-oireita omaavien lasten toimintaan. Opinnäytetyö toteutetaan verkkokyselynä suomalaisille toimintaterapeuteille, jotka työskentelevät lasten kanssa. Terveellisen ravinnon ja ravitsemuksellisten vaikutteiden huomioon ottaminen on tärkeää ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta. Tulevina toimintaterapeutteina tarkoituksenamme on edistää omalta osaltamme ravitsemuksen huomioon ottamista osana kuntoutusta lisäämällä tietoutta ja herättämällä mahdollisesti keskustelua aiheesta toimintaterapeuttien keskuudessa.

Kiinnostuimme aiheesta oltuamme yhteistyössä yksityisen toimintaterapeutin kanssa, jonka kokemuksen mukaan ravitsemuksella voi olla yhteys ADHD-oireisten lasten toimintaan. Opinnäytetyöllämme ei kuitenkaan ole toimeksiantajaa, sillä koimme tarpeelliseksi perusteellisemman pohjatyön tekemisen, joten emme voineet vastata yksityisen toimintaterapeutin tarpeisiin.

Tutkimuksia aiheesta on tehty, ja kuten edellä mainituista tutkimusesimerkeistä näkyy, on ravitsemuksella todettu olevan joitakin yhteyksiä ADHD:ta sairastavien lasten toimintaan. Aiheesta ei kuitenkaan ole selkeää yhdenmukaista käsitystä eikä vahvaa näyttöä ole saatavilla, johtuen paljolti tieteellisen tutkimuksen tekemisen haastavuudesta kyseisellä tieteensaralla. Useissa tutkimuksissa mainitaan lisätutkimusten olevan tarpeellisia, jotta aiheesta saataisiin luotettavia ja yleistettäviä tuloksia.

2 PEO-malli

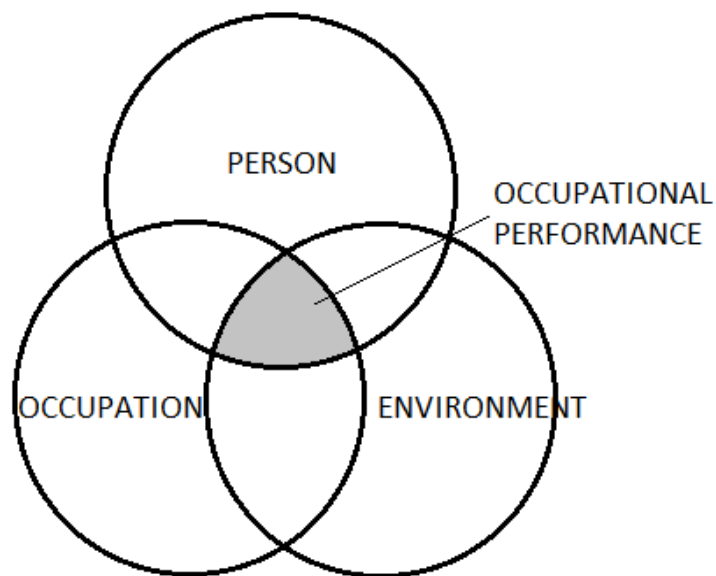
Työmme jäsentämiseksi ja toimintaterapian näkökulman esiin tuomiseksi valitsimme viitekehyyksi PEO-mallin (Person – Environment – Occupation Model). PEO-malli on asiakaslähtöinen viitekehys, joka sisältää työmme kannalta merkittävät osa-alueet. PEO-mallissa tarkastellaan käsitteitä ihminen (person), ympäristö (environment) ja toiminta (occupation) (Law & Baum 2005, 14). Osa-alueiden eri sisäisten tekijöiden keskinäinen vuorovaikutus muodostaa ihmisen toiminnallisen suoriutumisen, joka on mallin keskiössä.

Ihmisellä tarkoitetaan ainutlaatuista ajassa ja tilassa vaikuttavaa toimijaa, jolla on itselleen merkityksellisiä rooleja. Ympäristö taas käsittää kulttuuriset, sosioekonomiset, institutionaaliset, fyysiset sekä sosiaaliset ympäristöt, jotka vaikuttavat ihmisen kokemuksiin. Toiminnalla viitataan oma-aloitteiseen toimintaan tai tehtävään, johon ihminen sitoutuu. (Case-Smith, Law, Missiuna, Pollock & Stewart 2010, 34.) Muutos jollakin kolmesta osa-alueesta vaikuttaa kiinteästi myös muihin osa-alueisiin sekä mahdollistaa muutoksen toiminnallisessa suoriutumisessa. (Law, Polatajko, Baptiste ja Townsend 1997, 46–47.)

Law:n (2005) mukaan edellä mainittujen osa-alueiden dynaamisen vuorovaikutuksen kautta voidaan tarkastella ihmistä arkipäivän toiminnoissa. Mallin mukaan toiminta liittyy kiinteästi ympäristöllisiin ja ajallisiin vaikutteisiin sekä ihmisen fyysisiin ja psyykkisiin tekijöihin, eikä toimintaa siten voida erottaa kontekstista. Tämän lisäksi sosiaaliset, kulttuuriset, fyysiset tai institutionaaliset tekijät voivat joko mahdollistaa tai rajoittaa ihmisen toimintaa. (Law ym. 2005, 14.)

Toimintaterapeutin rooli on asettaa yhdessä asiakkaan kanssa hänelle tärkeä toiminnallisen suoriutumisen tavoite ja analysoida mahdollinen muutoksen kohde, joistakin kolmesta osa-alueesta. Tavoitteen toteutuminen heijastuu keskinäiseen vuorovaikutukseen ja toiminnallinen suoriutuminen kohenee. (Law ym. 46–47.)

Ravitsemusta tarkastellessa PEO-mallin avulla niiden lasten osalta, joilla on ADHD-piirteitä, ravitsemus liittyy keskeisesti ihmisen ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen. Ruoka ja ravitsemus liittyvät olennaisesti hyvinvointiin, jaksamiseen ja ovat siten osa ihmisen fyysistä ja psyykkistä olemusta. Syömiseen ja ruokakulttuuriin vaikuttavat ihmisen moninaiset ympäristöt esimerkiksi sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö. Ruokailuajat ja -tavat vaihtelevat perheittäin suuresti siinä missä ravinnon laatu ja määräkin. Erityisesti lasten ravitsemusta tarkastellessa vanhemmilla ja muilla lasten kanssa toimivilla aikuisilla on suuri rooli lasten syömisessä ja ruokavaliossa. (Schuberth ym. 2010, 446–448.)



Kuvio 1. PEO-mallin dynamiikka (mukaillen teoksesta Law ym. 1996, 18)

3 ADHD lapsilla

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) on tarkkaavaisuus- tai ylivilkkaushäiriö eli kehityksellinen itsehillinnän häiriö. Siihen sisältyy mm. ongelmia tarkkaavaisuudessa, impulssikontrollissa ja aktiivisuustasossa. Ongelmat heijastavat lapset heikentynyttä kykyä kontrolloida omaa käytöstään suhteessa ajan kulkuun. (Barkley 2008, 35.)

ADHD:ssä geneettinen alttius on merkittävä, mutta myös ympäristöllä arvellaan olevan vaikutusta oireiden ilmenemiseen (Westerinen 2013; Barkley 2008, 93). Suurimmalla osalla ADHD-diagnoosin saaneista kyseessä on geneettinen häiriö aivojen kehityksessä tai toiminnassa. Tieteellisessä tutkimuksessa on keskitytty aivohäiriöihin, kuten aivojen vahingoittumiseen tai niiden epänormaaliin kehitykseen. Tutkimuksissa on tehty neurologisia löytöjä, jotka keskittyvät aivokemikaalien puutoksiin, tiettyjen aivojen osien matalampaan aktiivisuuteen ja aivojen rakenteellisiin puutteisiin. (Barkley 2008, 93.) ADHD:ssa kehityksellinen perusongelma on aistiärsykkeiden ja omien tunneärsykkeiden tunnistamisen ja kokemisen vaikeus. ADHD-oireinen lapsi häiriintyy usein tavallista herkemmin stressaavissa tilanteissa, kuten konflikteissa tai liian suurten vaatimusten edessä. (Westerinen 2013.)

Westerisen (2013) mukaan ADHD:n liitännäisoireina yli puolella esiintyy selkeitä psykiatrisia ongelmia, kuten depressiota, ahdistushäiriöitä, uhmakkuus- tai käytöshäiriöitä sekä uniongelmia. Noin viidesosalla ilmenee oppimisen tai motorisen kehityksen, hahmotuksen, kielenkehityksen ja kommunikaation erityisvaikeuksia. Näiden lisäksi lapsilla ilmenee usein ongelmia minäkuvan, itsetunnon ja sosiaalisten vuorovaikutustaitojen kanssa. Lisäpiirteinä saattaa olla Asperger-tyyppistä tai pakko-oireista käyttäytymistä tai nykimishäiriötä. Neurologiset häiriöt liittyvät usein toisiinsa: mitä enemmän lapsella on vaikeuksia yhdellä alueella, sitä todennäköisemmin hänellä on ongelmia muillakin alueilla. Neurologiseen häiriöön liittyy usein erilaisten oireiden päällekkäisyys ja toisistaan erottelemisen vaikeus. (Kranowitz 2008, 34.)

ADHD:n hoito on monimuotoista, ja siihen kuuluvat aina potilas- ja omaisneuvonta (psykoedukaatio) sekä erilaiset yksilölliset tukitoimet ja hoitomuodot. Hoitotarve

tulee arvioida aina yksilöllisesti; ADHD-diagnoosin saaneet lapset eivät tarvitse rutiinimaisesti kaikkia hoitoja. (ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret, 2013.)

Yhdistelmähoidolla tarkoitetaan usean erilaisen hoitomuodon yhdistämistä esimerkiksi yhden tai usean psykososiaalisen hoidon yhdistämistä lääkitykseen. Yhdistelmähoidon vaikuttavuudesta ADHD:n hoidossa on luotettavaa näyttöä kanadalaistutkimuksen perusteella (Klassen, Miller, Raina, Lee & Olsen 1999); psykososiaaliset hoidot ja lääkehoito yhdessä tehoaa ADHD:n keskeisiin oireisiin paremmin kuin pelkkä psykososiaalinen hoito. Yhdistelmähoito ei kuitenkaan lisää lääkehoidon tehoa keskeisten oireiden hoidossa. Parhaiten dokumentoitu lyhytaikainen teho ylivilkkausoireisiin on stimulanttilääkkeillä metyyllifenidaatilla ja atomoksetiinilla. Lääkehoito tulee kuitenkin aloittaa vasta perusteellisen arvioinnin suorittamisen jälkeen, ei pelkän oirekuvan perusteella. Onnistuneella oireiden lievityksellä voidaan vaikuttaa lapsen ja vanhempien välisen suhteen kohenemiseen. Myös joillakin ei-lääkkeellisillä hoidoilla, mm. rentoutushoidolla on todettu olevan hyvä vaikuttavuus. (ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret 2013.)

ADHD ja lasten toimintaterapia

Toimintaterapia on toiminnan, neuvonnan ja ohjauksen avulla annettavaa lääkinnällistä kuntoutusta, jolla tuetaan lapsen kokonaiskehitystä, toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä motorisia valmiuksia että hahmottamisvalmiuksia. Toimintaterapiasta ADHD:n hoidossa on julkaistu yksittäisiä menetelmäartikkeleita ja toimintamalli, mutta sen vaikutuksesta ADHD-oireisten lasten hoidossa on vain joitakin tutkimuksia. (ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret, 2013.)

ADHD-oireisten lasten toimintaterapiassa toimintaa hyödynnetään toimintaterapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutussuhteessa, ja terapiassa käytettävät menetelmät valitaan asiakkaan tarpeiden sekä hänelle asetettujen kuntoutustavoitteiden pohjalta (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 102). Toimintaterapia voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana, ja siihen sisältyy myös ohjausta, johon osallistuvat vanhemmat, lähipiiriin aikuiset sekä lapsi itse (ADHD – aktiivisuuden ja

tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret, 2013). Toimintaterapian tavoitteena on tukea lapsen suoriutumista sekä vahvistaa toimintakykyä (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 102).

Toimintaterapiassa voidaan harjoitella sensomotorisia, kognitiivisia ja psykososiaalisia taitoja, tukea omatoimisuutta ja itsenäisyyttä sekä mahdollistaa lapsen osallistuminen hänelle merkitykselliseen ja iloa tuottavaan toimintaan ruokailuun liittyvien toimintojen kautta. Näiden lisäksi ruokailutilanteet antavat lapselle mahdollisuuksia oppia ilmaisemaan omia halujaan ja tarpeitaan (Case-Smith 2001, 453).

Toimintaterapiassa voidaan tukea esimerkiksi tarkkaavaisuus- ja toiminnanohjaustaitoja muokkaamalla ympäristöä tarkkaavaisuuden suuntaamista ja ylläpitämistä helpottavammaksi sekä lapsen omia käyttäytymisen säätelyvalmiuksia käyttäytymismallien tietoiseksi tekemisellä. ADHD-diagnoosin saaneilla lapsilla saattaa esiintyä myös edellä mainittuja liitännäishäiriöitä, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Liitännäisoireita toimintaterapiassa voidaan hillitä esimerkiksi lapsen silmä-käsiyhteistyötaitoja vahvistamalla, kehollisia valmiuksia tukevalla liikunnallisilla leikeillä tai askarrellen. Toimintaterapiassa toteutuneita toimintoja voidaan ohjata myös lapsen kotiin ja lähiympäristöön, joissa lapsen valmiuksia ja taitoja voidaan näin tukea kuntoutustavoitteita silmällä pitäen. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 102.)

ADHD:ta sairastavilla lapsilla on todettu ilmenevän usein myös aistitiedon käsittelyssä ja motoriikassa erilaisia ongelmia esimerkiksi yliherkkyyttä tuntoaistimuksille tai voimakasta liikehakuisuutta, joihin toimintaterapiasta voi olla apua. Mikäli toimintaterapeutilla on sensorisen integraation terapianmenetelmän SI-koulutus, voi toimintaterapeutti käyttää tätä erityismenetelmää, jossa keskitytään sensomotoriseen leikkiin ja jonka tavoitteena on tukea lasta aistitiedon käsittelemisessä ja jäsentämisessä. (Mts. 102–103, ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret 2013.)

Kaisa Leinon (2012 33, 58) opinnäytetyö ”SAPERE-menetelmän soveltuvuus toimintaterapian terapiamenetelmänä” käsittelee ruoka- ja ravitsemuskasvatusmenetelmää, joka soveltuu käytettäväksi terapiamenetelmänä lapsille, joilla esiintyy haasteita ruokailutilanteissa. Sapere-menetelmässä lapset tutustuvat ruokamaailmaan kaikkien

aistikanaviensa välityksellä. Menetelmällä voidaan vaikuttaa niin fyysisiin, psyykkisiin kuin sosiaalisiin valmiuksiin ja taitoihin lapsen kokonaiskehityksessä ja se antaa toimintaterapeuttien käytännön työhön uusia välineitä puuttua lasten ravitsemuksellisiin ja ruokailukäyttäytymisen haasteisiin.

4 Ravitseminen ja hyvinvointi

Lääketieteen isä, Hippokrates, aavisti ruoan olevan tehokas keino hyvinvoinnin lisäämiseen sanoessaan aikanaan ”ruoka olkoon lääkkeesi”. Ruoassa tiedetään olevan jotakin sellaista, joka vaikuttaa elimistöön myönteisellä tavalla. Hyvä ravitseminen onkin hyvinvoinnin perusedellytys; ruoka ei ole pelkkää vatsantäytettä. Ravinnolla voidaan tasoittaa kehossa vallitsevaa häiriötilaa, vähentää jo todettujen sairauksien oireilua ja sitä voidaan käyttää olotilan kohentamiseen lääkkeen tavoin. (Saarnia 2009, 8–9) Uusimpien ravitsemussuositusten mukaan on vakuuttavaa näyttöä suositeltavan ruokavalion hyödyistä; oikeanlainen ruokavalio edistää terveyttä ja vähentää sairastumisriskiä lukuisiin sairauksiin (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 11). Ruokavalio onkin monissa sairauksissa merkittävässä osassa sairauden hoidossa. Hyvä ravitsemustila parantaa yleiskuntoa ja vaikuttaa myönteisesti muiden hoitojen onnistumiseen. Ravitsemussuositukset soveltuvat sellaisenaan esimerkiksi sepelvaltimotautia sairastavalle tai diabeetikolle. Suosituksia käytetään myös muiden sairauksien ravitsemushoitojen suunnittelun pohjana. (Erytisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 3; Saarnia 2009, 8; Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 8.)

Hyvä ruoka on maukasta, monipuolista ja värikästä. Ruokaa syödään sopivasti niin, että energian saanti vastaa kulutusta (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 35). Monipuolinen kokonaisuus muodostuu, kun ruokavalio sisältää runsaasti täysjyväviljavalmisteita, kasviksia, hedelmiä ja marjoja, kohtuullisesti rasvatonta maitoa, maitovalmisteita, lihaa ja lihavalmisteita sekä kalaa ja pehmeää kasvirasvaa näkyvänä rasvana leivän päällä, ruoanvalmistuksessa ja salaattinkastikkeissa. Ruokavalion täysipainoisuus on helppo varmistaa, kun huolehditaan, että jokaisesta ryhmästä syödään jotain tai se korvataan sopivilla ruoka-aineilla. (Hasunen, Kalavainen, Keinonen, Lagström, Lyytikäinen, Nurttila, Peltola & Talvia 2004, 26.)

Kokonaisuus ja tavallisten elintarvikkeiden ravitsemuksellinen laatu ratkaisevat ruokavalion laadun (Erytisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 41). Hyvää ja monipuolista ruokavaliota voidaan havainnollistaa lautasmallilla, ruokaympyrällä ja –kolmiolla (kuvio 2) (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014). Ne toimivat ruokavali-

on havainnollistajina eri käyttötarkoituksissa ja täydentävät toisiaan opetuksessa ja neuvonnassa. Keskeisiä ongelmia suomalaisten ravitsemuksessa ovat hiilihydraattien ja rasvojen heikko laatu sekä yksittäisten ravintoaineiden puutteellinen saanti. Uusissa ravitsemussuosituksissa rasvojen ja hiilihydraattien laatuun kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota. Sen lisäksi muun muassa D-vitamiinin suositeltavaa määrää on lisätty ja suolan puolestaan vähennetty. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 8–13.)



Kuvio 2. Uusien ravitsemussuosittelujen mukainen ruokakolmio (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Täysipainoinen ja monipuolinen ruoka riittää usein turvaamaan ravintoaineiden saannin. Kuten tavallisen myös erityisruokavalion perustana tulee olla täysipainoisen ruokavalion periaatteet, monipuolisuus, tasapainoisuus, kohtuus sekä nautittavuus. Ruokavalion on monipuolinen silloin, kun ihminen valitsee ruoka-aineita kaikista ruokaympyrän lohkoista päivittäin ottaen huomioon oman erityisruokavalionsa. (Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 11, 25.)

Lapsen monipuolinen ravinto ja hyvinvointi

Hyvä ravitseminen ja lapsen hyvinvointi kulkevat käsi kädessä. Jotta lapsi kasvaa ja kehittyy mahdollisimman hyvin, on ruuan oltava riittävää ja soveltuvaa lapsen kehitysvaiheeseen nähden. Varhaislapsuudessa on otollista aikaa vaikuttaa lapsen ruokatottumuksiin ja –mieltymyksiin. Ruokailutilanteisiin liittyvät lämmin, läheinen yhdessäolo ja samalla tyydytetään fysiologisia tarpeita. (Hasunen ym. 2004, 102; Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 11.) Yhteinen ateriointi vaikuttaa kokonaisvaltaisesti koko perheen hyvinvointiin. Hyvä ruokavalio koostuu päivittäisen ruokailun perusasioista kuten maidon, leivän ja rasvan laadun valinnasta sekä kasvien, hedelmien ja marjojen säännöllisestä syömisestä. Päivittäin ja runsaasti syödyt ruoat vaikuttavat ravitsemukseen enemmän kuin harvoin ja vähän syödyt ruuat. (Hasunen ym. 2004, 3.)

Hyvän ravitsemuksen saavuttamisessa keskeistä on säännöllinen ateriaritmi, monipuolinen ruokavalio ja energiantarvetta vastaava ruokamäärä. Ruokasuosituksen mukainen ruoka luo perustan riittävälle ravitsemukselle, edistää terveyttä ja vähentää ravintoperäisten sairauksien vaaraa. Terveyttä edistävä ravitseminen koostuu säännöllisesti nautitusta, tasapainoisesti koostetusta ja maukkaasta ruoasta. Ruoka ja syöminen ovat parhaimmillaan myönteisiä asioita, jotka yhdistävät perhettä ja lisäävät sekä fyysistä, psyykkistä että sosiaalista hyvinvointia. Lapsen totuttaminen säännölliseen ateriaritmiin jo varhaisessa vaiheessa edesauttaa tasapainoisten ja kohtuullisten ruokailutottumusten säilymisessä myös aikuisiällä. (Hasunen ym. 2004, 18; Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 24.)

Ruuan laadun ja monipuolisuuden lisäksi on tärkeää kiinnittää huomiota myös ruokailutapoihin ja tottumuksiin. Koska ruokatottumukset ovat vahvasti perhekeskeisiä, on ruokailutapoja tarkastellessa otettava huomioon myös lapsen sosiaalinen ympäristö ja etenkin ruuanvalmistuksesta vastaava perheenjäsen. (Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 24.) Perheen ravitsemus ei muodostu ainoastaan yksittäisistä ruokavalinnoista vaan se heijastaa perheen elämäntilannetta kokonaisuutena. Esimerkiksi kiire, työpaineet ja taloudellinen niukkuus voivat vaikuttaa perheen elämäntapoihin ja siten myös ruokailuun ja ravitsemukseen. Ravitsemusmuutosten lähtökohtina ja ravitsemuksen laadun kohentumisen pohjana voikin olla vanhemmuuden tukeminen, elämänrytmin säännöllisyyden turvaaminen tai yhteisten pelisääntöjen sopiminen lasten vanhempien kesken. (Hasunen ym. 2004, 19; Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 13.)

Päiväkoti- ja kouluruokailulla pystytään osittain tasoittamaan taloudellisesta tilanteesta johtuvia eroja väestöryhmien välillä. Joukkoruokailuilla on siten osaltaan mahdollisuus vaikuttaa lasten ruokailutottumusten kehittymiseen. Päivähoidossa lasta kannustetaan tutustumaan uusiin ruoka- aineisiin ja maistamaan erilaisia ruokia. Päiväkodissa ja koulussa tapahtuvilla ruoka- ja ravitsemuskasvatustilanteilla on tarkoituksena muun muassa ohjata lasta monipuoliseen ruokavalioon, opastaa lasta omatoimiseen ruokailuun sekä hyviin pöytätapoihin ja tehdä ruokailuhetkistä kiireetömiä ja miellyttäviä. (Hasunen ym. 2004, 150; Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 13.)

Pitkällä aikavälillä suomalaisten ravitsemus on kehittynyt myönteiseen suuntaan, mutta lasten ja nuorten ravinnonsaannista ja ruuankäytöstä on seurantatietoa vielä niukasti. Tiedetään, että lasten kohdalla sokerin saanti on jo kahden vuoden iästä lähtien liian runsasta. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 13.) Tähän tulisi vastaisuudessa kiinnittää huomiota perheen ravitsemuksessa. Totuttujen tapojen muuttaminen voi olla haastavaa ja viedä aikaa. Turhautumista ja ohjeiden laiminlyömistä tulee ehkäistä soveltamalla ruokavaliomuutokset asiakkaan elämäntilanteeseen ja olosuhteisiin sopivalla tavalla. (Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 24.) Hyvää ja monipuolista ruokavaliota voidaan havainnollistaa tarpeen mukaan lapsen

ja perheen kanssa ruokaympyrän, ruokakolmion (ks. kuvio 2), lautasmallin tai elintarvikepakkausten avulla. (Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 24.)

ADHD ja ruokaileminen

Ruokailemistilanteet antavat lapselle mahdollisuuksia kokea uusia tunteita ja aistimuksia. Pieni lapsi tutustuu ruokaan kokeilemalla, haistamalla, maistamalla ja tunustelemalla: hän käyttää kaikkia aistejaan ruokaan tutustuessaan (Hasunen ym. 2004, 138–139). Lasta voi auttaa laajentamaan ruokavaliotaan erilaisiin makuihin tutustuttamalla ja tarjoamalla useita ruokavaihtoehtoja päivittäin. Säännöllisellä ateriarhythmillä, ruokailuympäristön rauhoittamisella ja yhdessä syömisellä voidaan ruokailutilanteista tehdä mukavia ja turvallisia (Hasunen ym. 2004, 102). Ruokaileminen tapahtuu erilaisissa ympäristössä ja pystyäkseen siihen, lapsi tarvitsee ikätason mukaisia ominaisuuksia ja taitoja.

Tavallisimpia ruokailun ja syömisessä haasteita lapsilla ovat ruokahaluttomuus, valikoiva ruokailu, kokonaan syömisestä kieltäytyminen, syömäkelvottomien esineiden tai aineiden syöminen, salasyöminen, ahmiminen ja häiriökäyttäytyminen ruokailutilanteissa. Erilaiset syömiseen ja ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat jokseenkin yleisiä myös ADHD:ta sairastavilla lapsilla (Strickland 2009, 2). Kyseisillä lapsilla tavalliset aistiyliherkkyydet saattavat johtaa poikkeaviin ruokailutottumuksiin. ADHD-oireisten tyttöjen riski syömishäiriöihin saattaa niin ikään olla ikätovereita suurempi. (Virkkunen n.d.) Ravitsemuksen ongelmia ADHD-oireisilla lapsilla voivat olla esimerkiksi liian rajoittunut ruokavalio, suoliston oireilu, ruoka-aineallergiat tai -yliherkkyydet, toistuvat sairaudet tai infektiot sekä ruokahaluttomuus (Strickland 2009, 2). Virkkusen (n.d.) mukaan allergiset sairaudet ovat lisääntyneet ja osa etenkin pienistä lapsista saa oireita myös ravintoaineista. Voidaan sanoa, että lapsen syömisessä pulmiin vaikuttavat niin fyysiset, ravitsemukselliset kuin tunne-elämänkin erilaiset tekijät. (Hasunen ym. 2004, 144–145.)

Usein syömisessä haasteet ovat ohimeneviä ja liittyvät lapsen normaaliin itenäistymiseen ja psykososiaaliseen kehitykseen. Valikoiva syöminen on osa normaalia lapsen kehityskaarta, mutta vaikeiden ja pitkäaikaisten syömisessä pulmien kohdalla

eri ammattialojen yhteistyö on tarpeen. (Hasunen ym. 2004, 144–145; Strickland 2009, 61–63.)

Toisilla ruokailutilanteet ovat kaukana ”oppikirjan mukaan” menemisestä ja syömiseen liittyvät hetket voivat olla tahtojen taistelua. Äärimmäisyyksiin menevässä nirsoilussa ja syömiskäyttäytymisessä voidaan puhua ongelmasta, joka ei puolestaan ole normaalia lapsen kehitystä. Tällöin lapsen ruokavalion kapea-alaisuus voi johtaa vitamiini- ja hivenainepuutoksiin, liian vähäiseen päivittäiseen kalorinsaantiin ja siten vaarantaa normaalin painonkehityksen ja kasvun. Ongelmalliseen syömiseen voi liittyä ADHD-oireisilla muuan muassa seuraavia seikkoja: Lapsi saattaa kieltäytyä syömästä rakenteeltaan tietyn tyyppisiä ruokia. Hän saa raivonpuuskia uusia ruokia tarjottaessa, niiden ollessa lautasella tai joutuessaan koskettamaan niitä. Lukuisten maistamistenkaan jälkeen lapsi ei välttämättä suostu syömään kyseistä ruokaa ja on joustamaton ruokailutilanteen ja -rituaalinsa suhteen. (Strickland 2009, 61–64.)

Erilaisten vaihtoehtohoitojen käyttö ADHD-oireiden hoidossa on nykyisin yleistä. Paljon käytetään erilaisia ruokavalio- ja ravitsemushoitoja, vaikka tutkimusnäyttö niiden hyödyistä on vähäistä. (ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret 2013) Ravitsemusinterventioista esimerkkeinä ovat erilaiset välttämisdieetit, lisäaineiden ja -värien välttäminen, sokerin välttäminen, ruoka-aineallergioiden ja yliherkkyyksien selvittäminen, omega-3 rasvahappohoito sekä gluteiiniton ja kaseiiniton ruokavalio. Tutkimusnäyttö erilaisten ruokavaliointerventioiden hyödyistä on puutteellista, osittain ristiriitaista ja luotettavia tutkimuksia vähäisesti. Stricklandin (2009) mukaan tämä johtunee useasta syystä: Ensimmäiseksi tieteellisesti pätevän kaksoissokkotutkimuksena toteutetun RCT-tutkimuksen tekeminen etenkin lapsilla on erityisen haastavaa. Yksistään ruokavalion muuttaminen ja sen tuloksellisuuden arviointi on lähes mahdotonta monien eri taustamuuttujien vaikutuksesta. Sen lisäksi tutkimus tällä tieteen saralla on verrattain uutta ja tutkimusten rahoitus on olemattomalla. (Strickland 2009, 3–5; ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret 2013.)

Käypä hoito -suosituksessa mainituista ravitsemusinterventioista sanotaan, ettei lisäaineiden ja sakkaroosin välttäminen tai välttämättömien rasvahappojen, raudan tai

magnesiumin lisäkäyttö vaikuta lasten ADHD-oireisiin. (ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret 2013.) Sakkaroosia käsittelevässä tutkimuksessa sanotaan tarkemmin, että sakkaroosin poistamisella ruokavaliosta ei ole merkitystä lasten ADHD-oireiden hoidossa, mutta sokerin vähäistä vaikutustakaan ei voida täysin sulkea pois (Wolraich, Wilson & White, 1995). Vaikka sokeri ei suoranaisesti aiheuttaisikaan ylivilkkautta, se voi verensokerin heilahteluihin herkimmin reagoivilla lapsilla aiheuttaa erilaisia pulmia fyysisessä olotilassa ja käytöksessä (Strickland 2009, 18).

ADHD:n käypä hoito -suosituksessa todetaan, että rasvahappohoidon (välttämättömien rasvahappojen saannin takaaminen) vaikutukset ADHD:n hoidossa ovat ilmeisesti tehottomia ADHD:n keskeisiin oireisiin. Vaikka omega-3-rasvahappohoitoa ei voida suositella ADHD:n keskeisten oireiden hoidossa, se saattaa hieman lieventää joitakin ADHD:n oireita ja sitä voidaan käyttää muun hoidon lisänä tai silloin, kun muu hoito ei tule kyseeseen (Bloch & Qawasmi 2011). Strickland (2009, 52–60) puolestaan kannustaa omega-3 rasvahappojen saannin lisäämistä ADHD-oireisen lapsen ruokavalioon.

Keinotekoiset väriaineet ja natriumbentsoaatti (säilöntäaine) saattavat lisätä terveidenkin lasten yliaktiivisuutta, impulsiivisuutta ja tarkkaamattomuutta (McCann, Barret, Cooper, Crumpler, Dalen, Grimshaw, Kitchin, Lok, Porteous, Prince, Sonuga-Barke, Warner & Stevenson, 2007). Käypä hoito -suositusta mukaillen lisäaineiden poistamisella ruokavaliosta tai oligoantigeenisellä dieetillä (rajoitettu ruokavalio) ei liene merkitystä ADHD-oireisten lasten yliaktiivisuusoireiden hoidossa, mutta luotettava näyttö asiasta puuttuu. Varastoraudan, sinkin, tai magnesiumin määrä saattaa ADHD-diagnoosin saaneilla lapsilla olla pienempi kuin muilla samanikäisillä. Syynä voivat olla muun muassa stimulanttien ruokahalua heikentävä vaikutus, syömishäiriöt tai puutteet ravinnon laadussa. Magnesiumin, raudan ja sinkin hyödyistä ei ole riittävästi tutkimustietoa, mutta sinkki saattaa parantaa stimulanttihoidon tehoa. (ADHD – aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret 2013.)

Pediatrics -lehdessä Millichap ja Yee (2012) toteavat ADHD:n hoidossa käytettävien ravitsemusinterventioiden vaikuttavuudesta ja käytännön toteutuksesta seuraavasti:

Huomion kiinnittäminen vanhempien ja lasten entistä parempaan tietämykseen terveellisestä ruokavaliosta on kenties lupaavin ja käytännöllisin täydentävä tai vaihtoehtoinen interventio ADHD:n hoidossa (Millichap & Yee 2012, 1). Yhteenvetona voidaan todeta lisätutkimuksen olevan tarpeellista, jotta ravitsemusinterventioiden hyödyt voitaisiin osoittaa tieteellisesti todellisiksi ja jotta ravitsemusinterventiot voisivat saada enemmän jalansijaa ADHD:n hoidossa ja kuntoutuksessa.

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää suomalaisten toimintaterapeuttien kokemuksia ravitsemuksen yhteyksistä ADHD-oireisten lasten toimintaan. Opinnäytetyössämme kartoitetaan, kuinka laajasti toimintaterapeutit ovat pohtineet tai huomioineet ravitsemusasioita ADHD-asiakkaidensa kanssa ja miten se on mahdollisesti näkynyt heidän työssään.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- (1) Millaisia näkemyksiä toimintaterapeuteilla on ravitsemuksen yhteydestä ADHD-oireisen lapsen toimintaan?
- (2) Miten ravitsemusta on huomioitu ADHD-oireisen lapsen toimintaterapiassa?
- (3) Kokevatko toimintaterapeutit täydennyskoulutuksen aiheesta tarpeelliseksi?

6 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Opinnäytetyömme on kartoittava tutkimus, joka etsii uusia näkökulmia tai ilmiöitä sekä kehittää hypoteeseja. Kartoittavan tutkimuksen strategia on useimmiten kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. (Hirsjärvi ym. 2013, 137–138.) Opinnäytetyömme tutkimuksessa käytetään kvantitatiivista sekä kvalitatiivista strategiaa rinnakkain, sillä laadullisen tutkimuksen piirteiden lisäksi tutkimus keskittyy kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiin ilmiöihin, kuten aihealueen aiempiin teorioihin, käsitteiden määrittelyyn ja tuloksia käsitellään myös osin tilastollisesti (mts. 140).

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (mts. 161). Laadullinen tutkimus tavoittelee usein tietoa, joka auttaa ymmärtämään ilmiötä paremmin tai joka avaa eri ryhmien käsityksiä tai uusia ajattelutapoja (Ronkainen, Mertala & Karjalainen 2008, 20). Opinnäytetyössämme näkyy kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä: Tutkija suosii metodeja, joissa tutkittavien näkökulma ja ääni pääsevät esille sekä valitsee kohdejoukon tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. Lisäksi tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 164.) Työssämme tuomme esiin suoria lainauksia vastauslomakkeista. Tutkimukseen vastanneiden kommentit on luettavissa alkuperäisissä muodoissaan ja näin vältetään mahdolliset virhetulkinnat tai vastausten vääristyminen. Tutkimuksemme kohdejoukkona olivat suomalaiset toimintaterapeutit. Koska linkki vastaajille lähetettiin TOInetin sähköpostilistan kautta, saatoimme vakuuttua siitä, että saamme vastauksia vain kyseiseltä kohdejoukolta.

Kvantitatiivinen tutkimus korostaa yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja (Hirsjärvi ym. 2013, 139–140). Määrällinen tutkimus tuottaa tietoa, joka kuvaa esimerkiksi ihmisten käsityksiä tai toimintaympäristön piirteitä (Ronkainen, Mertala & Karjalainen 2008, 20). Kvantitatiiviselle tutkimukselle oleellista ovat aiempien tutkimuksien johtopäätösten keskeisyys, aiempien teorioiden keskeisyys sekä käsitteiden määrittely. (Hirsjärvi ym. 2013, 140.) Opinnäytetyössämme määrällistä tutkimusta vastaa ni-

menomaan se, että kuvaamme toimintaterapeuttien käsityksiä aiheesta. Lisäksi kvantitatiivisen tutkimuksen piirteistä työssämme näkyy aiempien tutkimusten ja teorioiden johtopäätösten ja tulosten keskeisyys työmme lähtökohdissa.

6.1 Kyselytutkimus ja esitestaus

Tutkimusmenetelmänä hyödynsimme kyselytutkimusta, joka on tärkeä tapa kerätä ja tarkastella tietoa esimerkiksi ihmisten toiminnasta, mielipiteistä ja yhteiskunnan ilmiöistä. Tämän tyyppisiä aiheita tutkittaessa törmätään helposti tutkittavien aiheiden moniulotteisuuteen ja monimutkaisuuteen. Tiedonkeruuta, ”mittaamista” sekä tutkimuksen sisällöllisiä tavoitteita pidetään erityisen vaikeina osa-alueina. Haasteena voi olla esimerkiksi se, onko vastauksia riittävästi, vastataanko kysymyksiin riittävästi kattavasti, antavatko kysymykset vastauksia tutkittaviin asioihin tai onko kyselyn ajankohta oikea. (Vehkalahti 2008, 11–12) Käytännön tasolla kysymykset ja väitteet ovat ainoa osio, joka näkyy vastaajalle. Taustalla on kuitenkin paljon rakennetta, joka sisältää teoriaa sekä aiempiin tutkimuksiin perustuvaa tietoa. Kyselytutkimuksessa kiinnostuksen kohteena onkin vain kysymysten kautta ilmenevät ulottuvuudet, joita kysymyksillä pyritään mittaamaan. (Mts. 22.)

Kysely toteutettiin verkkokyselynä, jossa linkki kyselyyn lähetettiin TOInet:in sähköpostilistalla oleville toimintaterapeuteille saateviestin (liite 1) kera. Saateviesti kertoo kyselyn vastaajalle, mistä on kysymys, ketkä tutkimusta tekee, mihin kyselyn tuloksia käytetään sekä miten vastaajat on valittu (Vehkalahti 2008, 47). Itse verkkokysely toteutettiin Webropol -kyselyohjelmistolla, joka on Jamkin opiskelijoiden käytössä. Webropol -ohjelmistoa pidetään helppona ja monipuolisena työkaluna tutkimustiedon keruuseen ja analysointiin: Webropol helpottaa ja nopeuttaa tilastollisen analyysityön omaksumista. Avointen kysymysten tekstipalaute oli mahdollista analysoida laadukkaasti ja nopeasti ohjelmiston avulla. (Webropol n.d.)

Kyselytutkimuksessa on mahdollista kerätä laaja tutkimusaineisto; tutkimukseen voidaan saada mukaan paljon henkilöitä ja voidaan kysyä useita eri asioita. Verkkokysely on tehokas menetelmä, jossa huolellisella lomakkeen suunnittelulla voidaan aineisto käsitellä ja analysoida nopeasti. Kyselymenetelmän haittapuolina saattavat olla ai-

neiston pinnallisuus sekä teoreettinen vaatimattomuus. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.) Kyselytutkimuksessamme mittaus tapahtui kyselylomakkeen (liite 2) avulla, joka on syytä suunnitella huolellisesti tutkimuksen onnistumiseksi (Vehkalahti 2008, 20; Hirsjärvi ym. 2013, 198).

Kyselylomakkeen suunnittelun taustalla on käytetty valitsemaamme viitekehystä, PEO-mallia. Lomakkeen kysymykset on laadittu siten, että ne vastaavat tutkimuskysymyksiin mahdollisimman hyvin. Webropol-kysely toteutettiin ajalla 4. – 12.2.2014. Kyselylomakkeesta luotiin ensin Word-tiedosto (liite 2), jonka jälkeen samaiset tiedot ajettiin Webropol-ohjelmaan vastausten keräämiseksi. Kyselyohjelmistossa luotiin toimiva Word-tiedoston mukainen ja helppokäyttöinen kyselypohja.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen vastaavuus tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuskysymykset:	Tutkimuskysymyksiin liittyvät lomakkeen kysymykset:
1. Millaisia näkemyksiä toimintaterapeuteilla on ravitsemuksen yhteydestä ADHD-oireisen lapsen toimintaan?	3 – 7
2. Miten ravitsemusta on huomioitu ADHD-oireisen lapsen toimintaterapiassa?	8 – 12
3. Onko toimintaterapeuteilla tarvetta täydennyskoulutukseen aiheesta?	13 – 14
Tutkimusjoukon kartoittamiseen liittyvät kysymykset	1 – 2

Hyvä kyselylomake sisältää sekä sisällöllisiä että tilastollisia näkökohtia: merkityksellistä on se, että sisällöllisesti oikeita kysymyksiä kysytään tilastollisesti mielekkäällä tavalla. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin, eivätkä

ehdota vastauksia, kun taas monivalintakysymykset selkeyttävät mittausta ja helpottavat tietojenkäsittelyä olennaisesti. (Vehkalahti 2008, 20–25; Hirsjärvi ym. 2013, 201.) Työssämme käsittelemme aihetta, josta toimintaterapeuteilla ei oletuksemme-
kaan mukaan ole selkeää yhdenmukaista käsitystä. Sen johdosta sekä avointen kysymysten että monivalintakysymysten käyttö oli tarpeellista.

Kyselyn onnistumisen edellytyksenä on, että tutkija ottaa huomioon vastaajien käytettävissä olevan ajan, halun ja taidot vastata kyselyyn. On hyvä huomioida, että vastaajat tuntevat harvoin tutkittavan aihealueen yhtä hyvin kuin kysymysten laatija. Tämän pyrimme pitämään mielessä kysymyslomaketta laatiessamme. Lomakkeen huolellinen suunnittelu ja testaaminen vaikuttavat tutkimuksen onnistumiseen. Jotta kyselyn vastaajat ymmärtävät kysymykset mahdollisimman samalla tavalla, kysymysten kielen täytyy olla yksinkertaista, tarkoituksenmukaista ja täsmällistä. Yksinkertaisuuden vaatimus koskee myös kysymysten pituutta; hyvä kysymys on aina kohtuullinen. (KvantiMOTV 2003.) Jotta kysymyksiin vastaaminen olisi mahdollisimman helppoa, on syytä miettiä tarkkaan lomakkeen ulkoasua ja mahdollista tiivistämistä (Vehkalahti 2008, 48).

Ennen varsinaista kyselyn suorittamista kyselylomake on hyvä testata niin, että muutama perusjoukkoa vastaava ihminen arvioi kriittisesti kyselylomaketta. Testauksessa arvioidaan kysymysten ja ohjeiden selkeyttä, vastausvaihtoehtojen toimivuutta, kyselylomakkeen pituutta sekä kyselylomakkeen täyttämiseen kulunutta aikaa. Kyselylomakkeen testaajien täytyy myös kyetä perustelemaan antamiaan kommentteja sekä arvioimaan, puuttuuko kyselylomakkeesta jotain olennaista. (Vilkkä 2005, 89)

Kyselylomakkeemme esitestaus suoritettiin tammikuussa 2014. Esitestauksessa oli mukana kolme toimintaterapeuttia, joista yksi oli perehtynyt ravitsemukseen ja sen vaikutuksiin koulutuksen kautta. Kaksi muuta toimintaterapeuttia eivät olleet perehtyneet aiheeseen, mutta heidän asiakaskuntaansa kuuluivat ADHD-oireiset lapset. Esitestauksessa ilmeni, että joitain kysymyksiä oli syytä tarkentaa ja että muutama kysymys olivat sisällöltään samankaltaisia. Esitestauksessa mukana olleet vastaajat antoivat palautetta, että kaikki kyselyn kysymykset liittyivät aiheeseen ja niihin oli

helppo vastata. Kysymykset olivat heidän mielestään helposti ymmärrettäviä, eikä kysely ollut liian pitkä.

6.2 Aineiston analyysi

Aineisto on työskentelyn ja tutkimuksen keskipiste (Vehkalahti 2008, 49). Kyselytutkimuksen aineistoa analysoidessa on hyvä huomioida, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, ovatko vastausvaihtoehdot onnistuneita vastaajan näkökulmasta (väärinymmärrykset) sekä ovatko vastaajat perehtyneitä kysyttäviin asioihin. Itse verkkokyselyn etuina pidetään nopeutta sekä vaivatonta aineiston saantia, kun taas ongelmaksi saattaa muodostua kato eli vastausprosentti jääminen pieneksi. (Vilkkä 2005, 195–196.)

Aineiston analyysin ensimmäinen vaihe on tietojen tarkistaminen – tarkistetaan sisältyykö siihen virheitä tai puuttuuko tietoja. Tämän jälkeen aineistoon tutustumista voidaan jatkaa piirtämällä kuvia, tekemällä taulukoita ja tutkimalla lukuja. Kyselytutkimuksessa on lisäksi pohdittava, täytyykö joitain lomakkeita hylätä. Näin ei kuitenkaan meidän tapauksessa käynyt. Seuraavaksi analysoinnissa pyritään täydentämään tietoa. Kyselylomaketietojen kattavuutta voidaan pyrkiä lisäämään esimerkiksi ”karhuamalla” kyselylomakkeella. Kolmantena ja viimeisenä vaiheena on aineiston järjestäminen, joka tehdään tiedon tallennusta sekä analyysiä varten. (Hirsjärvi ym. 2013, 221–222; Vehkalahti 2008, 51.)

Analyysin pääperiaate on valita sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksia ongelmaan ja tutkimuskysymykseen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston runsaus tekee analyysistä haastavan. Laadullista tutkimusta voidaan analysoida erilaisilla tekniikoilla, kuten teemoittelu, tyypittely ja sisällönanalyysi. (Hirsjärvi ym. 2013, 224)

Työssämme aineistoa oli paljon ja sitä analysoitiin luokittelemalla asioita muun muassa PEO-mallista nousseiden teemojen alle ja etsimällä vastauksissa toistuvia sanoja ja kokonaisuuksia. Analyysimme pohjautui paljolti kuvailevien vastauksien avaamiseen, luokitteluun ja raportointiin, sekä määrällisten tulosten taulukointiin ja jaotteluun. Kysymykset ja niiden vastaukset luokiteltiin ryhmiin; taustatiedot, ravitsemusta koskevat kysymykset, ruokailutilannetta koskevat kysymykset, ravitsemuksen

huomioimista koskevat kysymykset sekä muut huomioitavat asiat, joita vastaajat nostivat esiin.

7 Tutkimuksen tulokset

Opinnäytetyömme kyselyyn vastasi yhteensä 57 toimintaterapeuttia (N=57). Webropol -kysely oli avoinna 4. – 12.2.2014 välisen ajan. Kaikki vastauslomakkeet oli täytetty asianmukaisesti, joten hylkäämisiä ei tarvinnut tehdä.

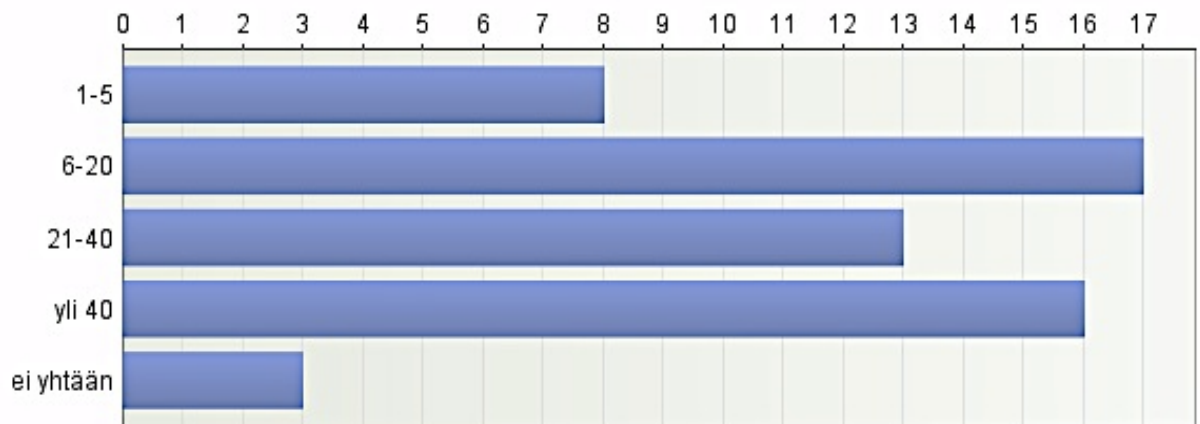
Kyselyssä oli kaiken kaikkiaan 17 kohtaa, joista vähintään 13:sta vastaamalla vastaus tallentui onnistuneesti, mutta niiden määrä riippui vastaajan valitsemista vaihtoehdoista. Joidenkin kysymysten kyllä -vaihtoehdon valinneilta halusimme kysyä tarkentavia ja syventäviä kysymyksiä. Jos vastaajalla ei puolestaan ollut käsitystä esimerkiksi lapsen ruokavaliomuutoksista, hänen ei tarvinnut vastata seuraavaan, edellistä vastausta tarkentavaan kysymykseen. Kysymysten ohjaamisella ja kysymyksestä toiseen hyppäämisellä pyrimme saamaan kyselystä selkeän, itseään toistamattoman ja mahdollisimman helpon vastaajan kannalta niin, ettei kuitenkaan vastauksien määrä tai laatu kärsinyt. Hyppyjä käyttämällä vastaaja voidaan ohjata kysymyssivulta toiselle valitsemansa vastausvaihtoehdon perusteella, mikäli vastaaja ei kuulu haluttuun kohderyhmään. Hyppytoimintojen avulla voidaan laatia kyselyitä, jotka sisältävät sekä kaikille yhteisiä kysymyksiä, että erillisiä kysymysosioita eri vastaajaryhmille. (Webropol n.d.)

7.1 Taustatiedot

Toimintaterapeuttien työkokemusta kartoitettiin kyselyn ensimmäisellä kysymyksellä, jossa 37 % kyselyyn vastanneista (n=21) oli työskennellyt toimintaterapeuttina 4 – 10 vuotta. Toiseksi eniten, eli 33 % vastanneista (n=19) oli yli 10 vuotta toimintaterapeuttina toimineita. 1 – 3 vuotta kokemusta oli karttunut 21 %:lle (n=12) ja alle vuoden viidelle 9 %:lle (n=5) toimintaterapeutille.

Kyselyyn vastanneista toimintaterapeuteista 5 %:lla (n=3) ei ollut kokemusta ADHD-oireisista lapsista. 14 %:lla (n=8) oli ollut yhdestä viiteen asiakasta, 30 %:lla (n=17) terapeuteista oli ollut kuudesta kahteenkymmeneen asiakasta ja 23 %:lla (n=13) kahdestakymmenestä yhdestä neljäänkymmeneen asiakasta. 28 % (n=16) vastaajista

kertoi kokemusta karttuneen yli 40 ADHD-oireisen lapsen kanssa työskentelemisestä.
(Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastanneiden kokemus ADHD-oireisista lapsiasiakkaista

Vastaajista 67 % (n=38) sanoi perehtyneensä ravitsemukseen jossakin määrin tarkemmin ja loput 33 % (n=19) taas eivät olleet asiaan syventyneet. 95 % (n=54) vastaajista oli sitä mieltä, että ravitsemuksella on olennainen merkitys ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Kuudessa vastauksessa yhdistettiin ravitsemuksen vaikutus jaksamiseen ja kahdeksassa vastauksessa sen vaikutus vireystilaan. Kahdessa vastauksessa pidettiin ravinnon positiivisia vaikutuksia mahdollisina, muttei nostettu ravitsemusta erityismerkitykseen. Ravitsemuksen merkityksestä terveyteen ja hyvinvointiin kysyttäessä, vastauksissa näkyi myös luotettavien lähteiden puute sekä lisäkoulutuksen tarve.

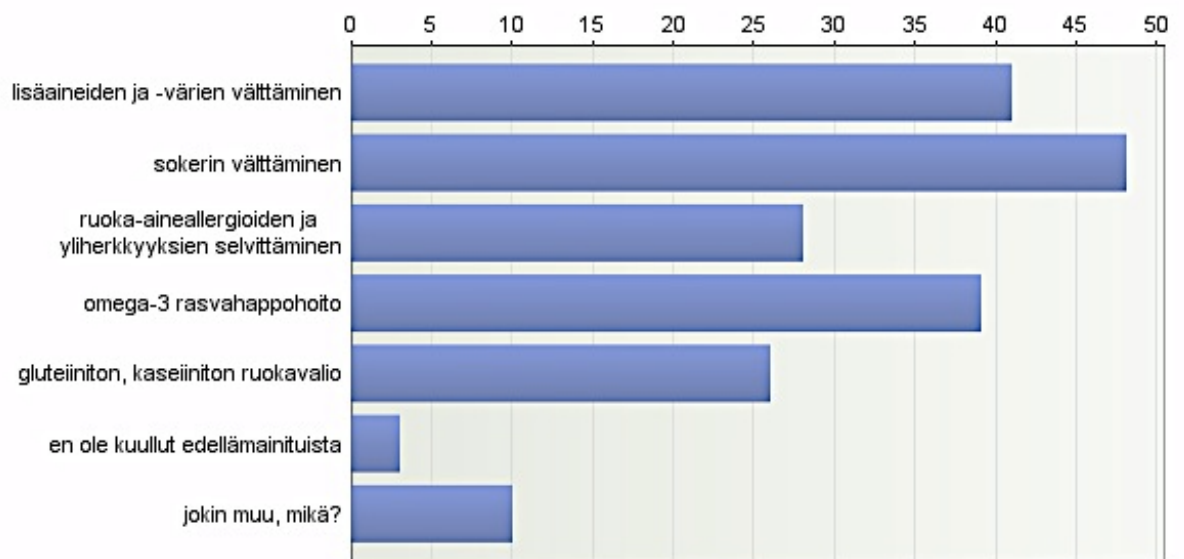
”Ravitsemuksella, sen määrällä ja laadulla on suora vaikutus vireystilaan ja sitä kautta jaksamiseen ja tarkkaavuuden ylläpitoon.”

”Tärkeä, olemme mitä syömme. Ravitsemuksesta on vaikea antaa neuvoja, kun ei ole koulutusta siltä saralta.”

”Hyvä ravitsemus on yksi ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kulmakivistä, jonka laiminlyönnillä on lukuisia lyhyt- ja pitkävaikutteisia terveyteen liittyviä seuraamuksia; mieliala, vireystaso, kansantauteihin sairastuminen jne.”

7.2 Ravitsemus

Vastaajille tuttua oli sokerin välttäminen, josta oli kuullut 84 % vastaajista (n=48). Seuraavaksi tunnetuin oli lisä- ja väriaineiden välttäminen, josta oli kuullut 72 % vastanneista (n=41). Omega-3 rasvahappohoidosta oli kuullut 68 % kyselyyn vastanneista (n=39). Valmiiksi annettujen vaihtoehtojen lisäksi vastauksissa nousivat esiin esimerkiksi hivenaine- ja vitamiinipuutosten korjaus lisäravinteilla, hiilihydraatiton ruokavalio sekä suoliston bakteeriston tasapainottaminen. (Kuvio 4.)

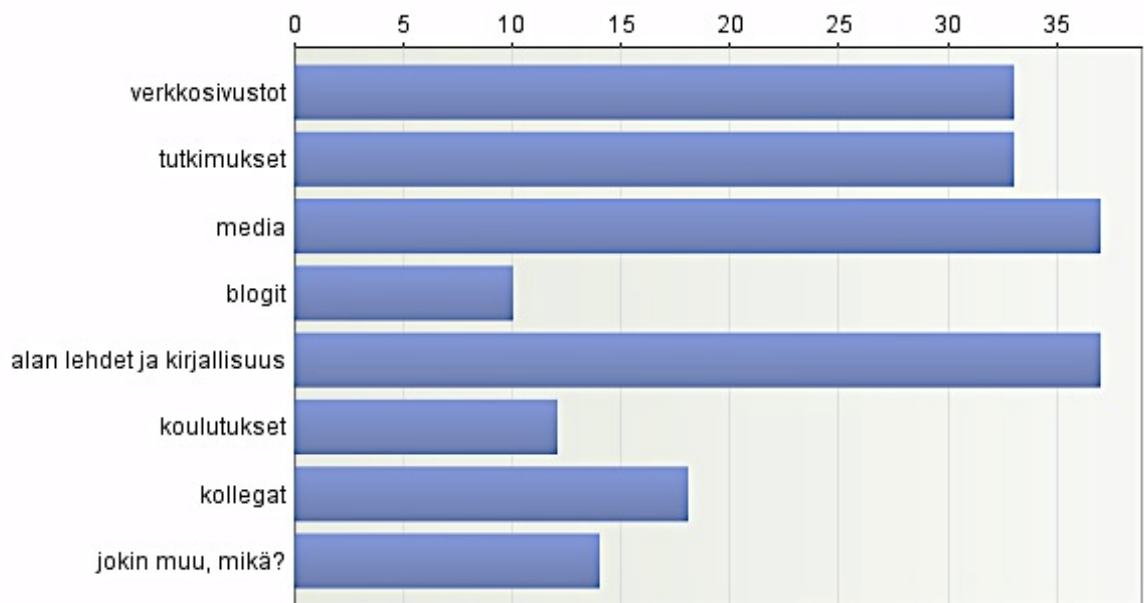


Kuvio 4. Vastaajien tuntemat ravitsemusinterventiot

Kuudennessa kysymyksessä kartoitettiin, mistä ravitsemustietämys on peräisin (kuvio 5). Kysymyksissä esitetyistä vaihtoehtoista vastaajat saivat valita kaikki sopivat vaihtoehdot tai tarvittaessa lisätä muita vaihtoehtoja avoimeen kohtaan.

Kyselyyn vastanneista toimintaterapeuteista 65 % (n=37) perusti tietonsa alan kirjallisuuteen ja yhtä moni mediaan. Verkkosivustoista ja tutkimuksista tietoa oli saanut

58 % kyselyyn vastanneista (n=33). Suuressa merkityksessä oli myös kollegoilta saatu tieto 32 % (n=18). Vastanneista toimintaterapeuteista 21 % (n=12) oli saanut tietoa ravitsemuksesta koulutuksen kautta. Näiden lisäksi vastaajat mainitsivat tietolähteinä lasten vanhemmat 9 % (n=5), omakohtaiset kokemukset sekä muiden ammattilaisten konsultointi. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Vastaajien tietolähteet

70 % (n=40) vastanneista toimintaterapeuteista eivät olleet syventyneet ravitsemukseen tarkemmin, ja loput 30 % (n=17) olivat syventyneet esimerkiksi lukemalla kirjallisuutta ja/tai tekemällä yhteistyötä kollegan tai ravitsemusterapeutin kanssa, jolla oli asiasta tietoa.

7.3 Ravitsemustottumukset ja niiden selvittäminen toimintaterapiassa

Vastaajista 61 % (n=35) olivat selvittäneet ADHD-oireisten lasten ravitsemustottumuksia ja/tai ruokailutilanteita osana toimintaterapiassa. Toimintaterapeuteista 21 % (n=12) mainitsivat ADHD-oireisten lasten syövän paljon sokeria sisältäviä tuotteita. Sokerinkäytön kerrottiin olevan liiallista ja ruokavalio on monessa tapauksessa hiilihydraattipitoinen. Lapset saattoivat syödä melko rajoitetusti, jolloin ruokavaliosta on

muodostunut liian yksipuolinen. Lasten kerrottiin mieltyneen vain tiettyihin ruoka-aineisiin ja ”koukuttuneen” esimerkiksi sokeriin tai maitotuotteisiin. Vastauksissa esiin nousivat myös epäsäännöllinen ruokailurytmi sekä vastaajien mukaan lapsilla saattoi esiintyä valikointia ja/tai ehdotonta kieltäytymistä joidenkin ruokien suhteen. Valikoinnin taustalla saattoi olla myös aistiyliherkkyyttä, ruokayliherkkyyttä tai suun tunto- ja makuyliherkkyyttä.

”Usein epäsäännöllinen ruokailu ja sokeri/hiilihydraattivoittainen ruokavalio.”

”Saattavat olla hyvin rajoittuneita syömisen suhteen ja tietyt ruoat miellyttävät, erityisesti hiilihydraatti- ja sokeripitoiset. Vihannesten ja kasvien syöminen saattaa olla vähäistä.- -”

”Lyhytjänteiset ja tarkkaavuusongelmaiset lapset ovat usein hyvin valikoivia ruoan suhteen ja ravinnonsaanti yksipuolista, usein myös perheessä käytetään paljon eineksiä ja lapset ovat makean perään.”

7.4 Ruokailutilanne

Vastauksissa ruokailutilanteiden kuvailtiin olevan hektisiä, hankalia ja levottomia. Lapsella saattoi ruokaillessa olla tarkkaavaisuuden suuntaamisen ja oman toiminnan ohjauksen haasteita. Arjen haastavuus ja vanhempien väsyminen saattoi näkyä myös epäsäännöllisyytenä ruokailuissa sekä ”helpompiin” vaihtoehtoihin tarttumisena, esimerkiksi:

”- - Vanhemmat saattavat palkita lasta väärällä tavalla, helpottaa arkea väärällä ruualla.”

”Perheen kokoontuminen yhden pöydän ääreen ja kaikkien pöydän ääressä pysyminen on monesti haasteena. Usein myös aterioita korvataan leivillä ja puolivalmiilla ruualla. Ruuan ravitsevuus usein puutteellista.”

”Ravitsemustottumukset ovat usein perheessä hajanaisia ja itse ruokailu epäloogista ja epäsäännöllistä.”

Toisilla lääkityksen aloittaminen saattoi vaikuttaa ruokahalua alentavasti, ja toisilla taas ruokahalu saattaa lisääntyä. Kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit mainitsivat ruokailutilanteita helpottaviksi asioiksi ruokailutilanteiden rauhallisuuden, ärsykkeiden minimoinnin, mukavan ilmapiirin ja ruokailemiseen käytettävän ajan riittävän keston.

7.5 Ravitsemuksen huomioiminen ja muutokset ravitsemuksessa

Toimintaterapeutteja, jotka huomioivat ravitsemusta jollakin tavalla toimintaterapiassa oli 47 % vastanneista (n=27). Suurin osa toimintaterapeuteista keskusteli ravitsemuksesta ja ruokailutavoista lasten vanhempien kanssa. Vanhemmille tarjottiin myös ohjausta, kirjallista materiaalia ja ravitsemusterapeutin palveluita. Toimintaterapeutit miettivät lapsiasiakkaiden kanssa päivän syömisiä, esimerkiksi terveellisen ruokavalion koostamista sekä sopivia välipaloja, ja tekevät terveellisen ruoan kuvakollaaseja. Joku toimintaterapeutti kertoi tarjoavansa välipalaa lapselle ennen terapiaa tai sen aikana. Hän oli myös pyrkinyt sopimaan terapia-ajan lapsen päivärytmiin sopivaksi, ruokailua ja jaksamista ajatellen. Osa terapeuteista koki ruuan valmistuksen ja keittiöharjoitukset toimintaterapiassa hyväksi tavaksi ohjata lasta terveellisiin ruokailutottumuksiin.

Kyselyyn vastanneista toimintaterapeuteista 46 % (n=26) ei osannut sanoa, kiinnittävätkö lasten lähiympäristön ihmiset huomiota kyseisten lasten ravitsemukseen. 39 % (n=22) tiesi kertoa, että ravitsemukseen kiinnitetään jollain tavalla huomiota. Lähipiiri, useimmiten vanhemmat, saattoivat olla valveutuneita ja joissain tapauksissa kiinnostuneita, sekä huolehtivat lapsensa ruokavaliosta. Vanhemmilla saattoi olla jo omat epäilyksensä ravitsemuksen vaikutusten suhteen, ja halusivat keskustella ja/tai kysyä toimintaterapeutin mielipidettä asiasta. Joissain tapauksissa vanhemmat toivat ilmi hämmennystään kuulemistaan ruokavaliohoidoista ja niiden tehokkuudesta ADHD:n oireiden lievittämisessä.

”Päiväkotihenkilökunta ottaa aika herkästi yhteyttä, jos huomaavat ettei lapsi syö kaikkia ruokia. Kyllä useat vanhemmat ovat myös kysyneet mielipidettäni ravitsemusasioihin, olen kertonut mitä ajattelen. Tästä voisi päätellä, että ovat miettineet asioita ja kiinnittäneet huomiota. - - ”

Kysymyksessä, jossa selvitettiin ovatko asiakkaan lähiympäristön ihmiset huomiota lasten ravitsemuksen, terapeutit, jotka eivät osanneet täysin sanoa 46 % (n=26) tai tiesivät lähiympäristön kiinnittävän lasten ravitsemukseen huomiota, vastasivat myös kysymykseen lasten ruokavalioon tehtyjä muutoksia koskien. Yhteensä vastaajia oli 48 kappaletta, joista 16 vastaajaa osasivat kertoa tarkemmin, millaisia muutoksia oli tehty. Kuudestatoista tapauksesta puolella (n=8) mainittiin sokerin vähentäminen ruokavaliossa. Lisäksi nostettiin esiin pitkälti prosessoitujen tuotteiden ja lisäaineiden välttäminen, lisäravinteiden ja ”puhtaiden” ruokien lisääminen, hyvien rasvahappojen saannin takaaminen sekä gluteeniton ja maidoton ruokavalio.

Suoriutumista tai toimintaa ravintomuutoksen jälkeen kartoittavaan kysymykseen vastasi 44 terapeuttia (N=44). Vastauksista ilmeni, että suurin osa eli 77 % (n=34) ei osannut sanoa oliko tehdyillä muutoksilla vaikutusta lapsen suoriutumiseen tai toimintaan. Kukaan ei ollut sitä mieltä, etteikö muutoksilla olisi mitään vaikutusta. Kymmenen vastaajaa huomasi konkreettiset muutokset lapsen suoriutumisessa. Yleisin vaikutus näkyi lapsen keskittymisessä. Keskittyminen oli pitkäkestoisempaa ja koulussa pärjääminen onnistui paremmin työskentely- ja vireystilavaihtelujen tasaantumisen myötä. Levottomuus oli vähentynyt, ja sitä kautta käyttäytyminen oli rauhallisempaa. Lisäksi tarkkaavuuden vaikeuksien vähentyessä muutama terapeutti huomasi lapsen selviytyvän kognitiivisia taitoja vaativista tehtävistä aiempaa paremmin.

”Parempi keskittymiskyky ja vireystaso. Vähemmän levoton ja vähemmän rai-vareita.”

Ravitsemusasioiden huomioimiseen toimintaterapiassa kysyessä valtaosa, eli 84 % (n=47), oli sitä mieltä, että ravitsemusasioita pitäisi huomioida toimintaterapiassa. Vain 4 % (n=3) taas piti ravitsemusasioihin puuttumista toimintaterapiassa turhana.

Toimintaterapeutit ajattelivat, että toimintaterapiassa ravitsemusta voisi huomioida lähinnä ohjaten ja tietoa jakaen. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että toimintaterapeutina terveellistä ja monipuolista ruokavaliota voisi käydä läpi yhdessä lasten ja vanhempien kanssa. Tarvittaessa toimintaterapeutin tulisi ohjata lasta ja vanhempia eteenpäin ravitsemusterapeutille. Lisäksi tärkeänä tehtävänä toimintaterapeutin roolissa on vanhempien tukeminen ja ohjaaminen, niin kasvatuksellisissa kuin ravitsemuksen haasteissa. Toimintaterapeutti voi osaltaan pitää yllä motivaatiota ja kannustaa sekä lasta että vanhempia muutoksiin.

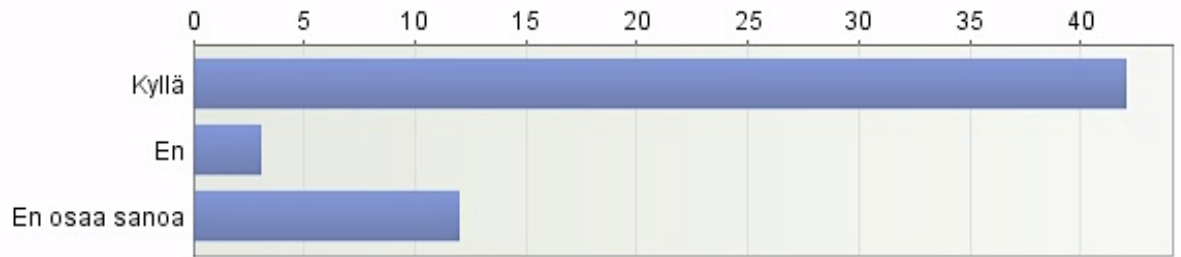
”Jos aiheesta löytyisi enemmän tutkittua tietoa, tt (toimintaterapeutti) voisi antaa esim. vanhemmille tietoa asiasta ja olla mukana tukemassa arjen ratkaisuja ruokailutottumusten suhteen.”

”Lähinnä kartoittamalla ja pohtimalla ruokavalion vaikutusta toiminnalliseen suoriutumiseen. Ohjaisin silti ravitsemusterapeutin luokse tarkempaa ohjausta ja tukea varten.”

”Tarpeen ja tilanteen mukaan. Tarvittaessa moniammatillista yhteistyötä, ei yksin toimintaterapian asia. Ravitsemus ei sinäänsä toimintaterapeutin ydinosaamisaluetta.”

”Ehdottomasti olisi, meillä perusterv. huollossa kielletty puhumasta aiheesta vanhempien kanssa.”

Kaikilta kyselyyn vastanneilta (N=57) kysyttiin vielä mielipidettä täydennyskoulutukseen tarpeellisuuteen kyseisestä aiheesta. Suurin osa, eli 74 % (n=42) oli sitä mieltä, että koulutus olisi tarpeellista. 21 % kyselyyn vastanneista (n=12) ei osannut sanoa, ja vain 5 % (n=3) vastaajaa ajatteli, ettei koulutus ole tarpeellista. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Vastaajien näkemys täydenniskoulutuksen tarpeellisuudesta

7.6 Muuta huomioitavaa

Kyselyn lopuksi kysyessämme lisäyksiä tai huomioita vastaajilta, nousi esiin laaja kiinnostus aiheeseen. Vastaajat pitivät ravitsemusta ja sen huomioimista tärkeänä myös muiden asiakkaiden kohdalla. Moni nosti esiin myös, etteivät toimintaterapeutit yksin voi puuttua ja vaikuttaa ravitsemukseen, vaan sen pitäisi olla moniammatillisen työryhmän tehtävä. Vastaajat pohtivat myös, kuinka paljon toimintaterapeutti voi ravitsemukseen puuttua ja mitkä ravitsemukseen liittyvät osa-alueet (esim. ruokailutilanteet) toimintaterapiaan kuuluu.

”Pelkkä tieto vanhemmille ei riitä, vaan he tarvitsevat myös käytännön tasolla tukea arkipäivään, jos perheessä tehdään ruokaremontti. Olisi hyvä saada ravitsemusterapeutit mukaan kuntoutustyöryhmiin.”

”Otan syömisestä jokaisen lapsiasiakkani alkuhaastattelussa esille, mutta en ravitsemuksen, vaan lähinnä mahdollisten aistiyli/aliherkkyyksien ja päivärutiinien vuoksi.”

”Koen itse ahdistavana sen, että emme saa puuttua lasten ruokavalioon, esim. siitä keskustelu on kielletty ylemmältä taholta.”

”Mietityttää, missä määrin tulisi laajentaa osaamista. Ehkä juuri jatkohoitoon ohjaamisen suhteen hyvä kartoittaa ja arvioida ravitsemusasioita. Käytännönlähteiden harjoittelu voi olla toimintaterapiaa.”

8 Johtopäätökset

Tuloksissa on nähtävissä kiinnostus sekä tietämys ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista toimintaan. Toimintaterapeutit tiesivät yleisesti ottaen asiasta paljon, mutta tiedon ottaminen käytäntöön toimintaterapiassa on vielä hankalaa ja moni miettii, miten tietoa voisi käyttää. Toimintaterapeutit kokevat, että ravitsemusta tulisi huomioida toimintaterapiassa ja että lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Osa terapeuteista koki, että ravitsemuksesta huolehtivat ensisijaisesti muut ammattilaiset eikä ravitsemustietämys ole välttämättä toimintaterapian keskiössä. Toimintaterapeutit toivat esiin aiheen ajankohtaisuuden ja tärkeyden.

Toimintaterapeuteilla oli selviä näkemyksiä ja tietoa, joiden uskoi ja koki vaikuttavan jossain määrin ADHD-lasten oireisiin käytännön kokemuksen kautta. Moni oli perehtynyt asiaan esimerkiksi kirjallisuuden tai tutkimusten kautta. Yli puolet vastaajista oli myös kartoittanut toimintaterapian yhteydessä asiakkaidensa ravitsemustottumuksia ja/tai ruokailutilanteita, ja oli saattanut antaa ohjeistusta ravitsemukseen liittyen omien tietojensa ja kokemusien mukaan. Joidenkin lapsiasiakkaiden kohdalla ravitsemusta oli huomioitu konkreettisemmin. Toimintaterapeutit konsultoivat ravitsemusterapeuttia tarvittaessa ja ravitsemusterapeutin mukanaoloa moniammatillisessa tiimissä toivottaisiin nykyistä useammin. Toimintaterapeuteista moni oli syventänyt tietämystään ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista koulutusten avulla, mutta suurin osa vastanneista kokisi koulutuksen aiheesta tarpeelliseksi.

9 Pohdinta

Kysely herätti toimintaterapeuteissa paljon kiinnostusta ja moni vastasi kyselyyn laajasti. Saimme runsaasti kannustusta ja palautetta; opinnäytetyön aihe koettiin hyväksi ja ajankohtaiseksi. Aihe herätti myös vastakkaisia reaktioita. Kyselyn kommenttikentässä eräs toimintaterapeutti toi esiin oman kantansa aiheesta kysymällä: *”Onko aihe toimintaterapian ydinosamukseen liittyvä?!”*. Tämä saattoi mietityttää muitakin terapeutteja. Työmme lähtökohtana oli, että ravitsemuksella on suuri merkitys ihmisen hyvinvointiin ja toimintaan. Me terveydenhuollon ammattilaisina olemme kiinnostuneita asiakkaan parhaasta mahdollisesta toimintakyvystä sekä toiminnallisesta suoriutumisesta, johon mahdollisesti ruokavaliomuutoksilla voitaisiin vaikuttaa. Tätä tukee Schuberth ja muut (2010, 447), jotka painottavat, että pätevän toimintaterapeutin tulee tuntea anatomian, kasvun ja kehityksen sekä sosiaalisten ja emotionaalisten tekijöiden vaikutus ruokailuun.

Lisäksi ajatteleimme, että toimintaterapian näkökulma, PEO-malli, tukee edellä mainittua ajattelutapaa. PEO-mallissa osa-alueiden tekijöiden keskinäinen vuorovaikutus muodostaa ihmisen toiminnallisen suoriutumisen, joka on mallin keskiössä (Law & Baum 2005, 14). Yksi osa-alue on ihminen (person), johon sisältyy myös hyvinvointi, johon voidaan ravitsemuksella tietävästi vaikuttaa sekä hyvässä että pahassa. Schuberth, Amirault ja Case-Smith (2010, 446) toteavat, että ruoka ja ravitsemus liittyvät olennaisesti hyvinvointiin, jaksamiseen ja ovat siten osa ihmisen fyysistä ja psyykkistä olemusta.

Usean terapeutin vastauksista käy ilmi, että tämän päivän vanhemmilla on paljon kysymyksiä lasten ravitsemukseen liittyen. Näihin kysymyksiin olisi hyvä osata vastata parhaan saatavilla olevan tiedon mukaan. Kuten jo edellä viittasimme Schuberth ja muut (2010, 447) toteavat, että toimintaterapeutin tulisi tuntea ruokailuun vaikuttavat fyysiset, sosiaaliset sekä emotionaaliset tekijät ja ymmärtää niiden vaikutus ruokailemiseen. Edellä mainittujen lisäksi Schuberth ja muut painottavat myös ravitsemustietämystä. Tällä hetkellä tutkimustieto ravitsemuksen saralta on hajanaista ja määrällisesti vähäistä, etenkin ADHD-oireisten asiakkaiden kohdalla. Mielestämme ravitsemusasioihin suhtautumiseen tulisi luoda yhteistä linjaa toimintaterapeuttien

keskuudessa sekä lisätä tietoutta ravitsemuksen vaikutuksista. Yhteisillä linjanvedoilla voisi rakentaa ravitsemuskeskusteluja vankemmalle pohjalle. Vilkkaampi keskustelu ja kokemusten vaihto voisi antaa työkaluja ja materiaaleja käytännön tilanteiden harjoitteluun, esimerkiksi terveellisen aamupalan tai lounaan valmistamiseen, yhteisten ruokailuhetkien sujuvoittamiseen, mikäli ravitsemukseen liittyvä ohjaus tukee asiakkaan tavoitteita.

Terveysthuollossa hoito perustuu hoitosuosituksiin, jotka ovat tieteelliseen tutkimusnäyttöön pohjautuvia. Käypähoito-suositus ei vielä kuitenkaan pidä ravitsemusinterventioita merkityksellisinä ADHD-oireisten lasten hoidossa. Kaksi terapeuttia kertoi, että heidän työyhteisössään ravitsemuskeskustelut asiakkaiden kanssa on kielletty. Muun muassa näiden syiden vuoksi osa terapeuteista koki ”kätensä olevan sidotut” aiheen tiimoilta, kuten alla olevastakin kommentista voi päätellä.

”Huomioisin hyvin paljon, jos käypähoito-suositus hyväksyisi sen merkityksen.”

”Koen itse ahdistavana sen, että emme saa puuttua lasten ruokavalioon, esim. siitä keskustelu on kielletty ylemmältä taholta.”

Luotettavuus ja eettisyys

Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, oletetaan että tutkimuksen tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimustavat ovat rehellisiä sekä huolellisia. (Hirsjärvi ym. 2013, 23–24) Tutkimuksemme eri vaiheet sekä tulokset pyrittiin esittämään opinnäytetyössämme mahdollisimman tarkasti ja huolellisesti, jotta virhetulkinnoilta välttyttäisiin.

Mittauksen luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavat tilastolliset, tekniset, sisällölliset sekä kielelliset tekijät. Mittaus on usein ainutkertaista, eikä huonosti tehtyä mittausta voi parantaa jälkikäteen. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy validiteetti eli pätevyys sekä reliabiliteetti eli luotettavuus/toistettavuus. Validiteetti kertoo, mitattiinko tutkimuksessa sitä mitä piti. Silloin tällöin mittari saattaa mitata aivan jotain muuta,

mikä oli tarkoitus. (Vehkalahti 2008, 40–41.) Tutkimusta tehdessämme pyrimme noudattamaan lähdekriittisyyttä. Lähdemateriaalia etsiessämme ja siihen viitatesamme yritimme päästä aina käsiksi alkuperäislähteisiin.

Tutkimuksen eettisissä vaatimuksissa painotetaan myös kaiken mahdollisen epärehellisyyden välttämistä. Plagioinnin lisäksi korostetaan, ettei tuloksia saa yleistää kriittisesti, kaunistella tai raportoida harhaanjohtavasti tai puutteellisesti (Hirsjärvi ym. 2013, 26). Pyrimme välttämään tulosten yleistämistä tai raportoimista harhaanjohtavasti tuomalla esiin diagrammeja ja kuvioita, joissa kyselyn vastaukset esitettiin muuntelematta. Lisäksi nostimme esiin kyselyn vastauksia suorina lainauksina, jotta tulokset tulivat esiin mahdollisimman tarkasti. Kyselytutkimuksemme validiutta vahvistettiin esitestauksella. Kyselylomake esitettiin, millä varmisteltiin, että vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla, kuin kyselylomakkeen laatijat (Hirsjärvi ym. 2013, 232).

Kyselytutkimusta tehdessä täytyy kunnioittaa ihmisten itsemääräämisoikeutta. Kohderyhmään kuuluvat ihmiset saavat itse päättää, vastaavatko he kyselyyn ja osallistuvatko näin tutkimukseen. Lisäksi tutkimukseen osallistuville eli kyselyyn vastaajille on annettava tarpeeksi tietoa, kuinka heiltä saatavaa tietoa käytetään. (Hirsjärvi ym. 2013, 25) Kyselyyn vastaajille kerroimme saatekirjeessä, kuinka tutkimuksemme etenee sekä mihin saamiamme tietoja aiomme käyttää. Panostimme saatekirjeen tekkoon, jotta vastaajat saivat kaikki tarvittavat tiedot ja tiesivät mihin olivat vastaamassa. Vastaamisen keskeyttäminen oli myös mahdollista.

Kyselyymme vastasi 57 toimintaterapeuttia, joista suurin osa oli asiasta selvästi kiinnostuneita sekä tietoisia. Tämä näkyi esimerkiksi halukkuudesta lisäkoulutukseen, johon vastasi myöntävästi suurin osa eli 74 % (n=42) vastaajista. Vaikka saatekirjeessä painotimme, että kaikki vastaukset ja näkökulmat ovat kyselytuloksen kannalta tärkeitä, pohdimme, onko kysely kuitenkin herättänyt vain asiasta jo aikaisemmin kiinnostuneiden toimintaterapeuttien huomion. Toimintaterapeutit, jotka eivät koe asiaa tärkeäksi ja/tai kiinnostavaksi ovat tällöin jättäneet kyselyyn kokonaan vastaamatta, joka vaikuttaa huomattavasti kyselyn tulokseen.

Tutkimus vastasi asettamiimme tutkimuskysymyksiin, joten voidaan todeta, että tutkimus oli tarkoituksenmukainen. Se valaisi toimintaterapeuttien tämän hetkisiä käsityksiä ja tietämystä ravitsemuksesta. Vehkalahden (2008, 40–41) mukaan mitattavat ilmiöt kuitenkin muuttuvat ajan kuluessa eikä mittareiden ajallista pysyvyyttä voida taata. Vaikka tutkimuksen toteutus ja aineiston analyysi toistettaisiin identtisesti tavalla, voidaan saada eri tulokset kuin ensimmäisellä tutkimuskerralla. Tämä seikka vaikuttaa reliabiliteettia heikentävästi. Tutkimusaineistosta tehtyjen johtopäätösten luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi se, ettei voida olla täysin vakuuttuneita siitä, että missä määrin otoksen tai näytteen perusteella tehdyt johtopäätökset kuvaavat perusjoukkoa. Voi olla, että tutkimukseen lähtivät vastaamaan erityisesti ne, joita aihe jollain tavalla kiinnostaa tai koskettaa tällä hetkellä. Tätä ajatusta tukee myös huomio vastauspäivämääriin liittyen. Kahden ensimmäisen päivän aikana kyselyyn oli tullut vastauksia jo 54 kappaletta ja loput kolme viikon sisällä kyselyn avaamisesta.

Jatkokehittämisehdotuksia

Kyselytutkimuksemme keräsi laajan ja kattavan materiaalin. Kysely otettiin vastaan hyvin ja saimme runsaita vastauksia. Koska aiheemme on vielä hyvin tuore, toimintaterapeuttien, mutta myös muiden ADHD-oireisten lasten kanssa työskentelevien, keskuudessa, heräsi meille jo opinnäytetyömme alkuvaiheessa muita tutkimus- ja jatkokehittämisideoita.

Strickland (2009, 61–64) kertoo ADHD-oireisilla lapsilla saattavan esiintyä äärimmäisyyksiin menevää nirsoilua, ongelmia syömiskäyttäytymisessä, raivonpuuskia uusien ruokien maistelussa sekä joustamattomuutta ruokailutilanteissa ja -rituaaleissa. Meidän opinnäytetyössämme tutkimuskohteena oli lähinnä ravitsemus ja sen laatu, mutta mielenkiintoista olisi myös perehtyä tarkemmin ADHD-oireisten lasten ruokailutilanteisiin ja -tottumuksiin, sekä niissä esiintyviin haasteisiin. Jatkossa voisi esimerkiksi selvittää toimintaterapeuttien havaintoja ja kokemuksia ADHD-oireisten lasten ruokailutilanteista sekä niihin sisältyvistä ongelmista ja haasteista.

ADHD-oireisilla lapsilla myös aistiyliherkkyydet saattavat johtaa poikkeaviin ruokailutottumuksiin ja haasteisiin ruokailussa (Virkkunen n.d.). Myös kyselymme vastauksis-

sa nousi esiin toimintaterapeuttien havainnot aistiyliherkkyyksistä:

”Valikointia tai ehdotonta kieltäytymistä esim. aistiyliherkkyyksiin liittyen. - -”

”Ruokayliherkkyyttä, suun tunto ja makuyliherkkyyttä. - -”

Tulevaisuudessa tutkimuskohteena voisi myös olla ADHD-oireisten lasten aistiyliherkkyyksien näkyminen ruokailutilanteissa ja -tottumuksissa, tai muu vastaava, jossa keskittyttäisiin aistiyliherkkyyksien näkymiseen ja vaikuttamiseen. Tässä opinnäytetyössä aihetta vain sivuttiin. Ravitsemusohjauksen ja -interventioiden käyttöä ja mahdollista hyötyä olisi mielenkiintoista tutkia myös muiden sairauksien ja diagnoosien hoidossa. Yleisesti ottaen ravitsemuksen vaikutukset ja huomioiminen toimintaterapiassa on tärkeä ja selvästi toimintaterapeuttien keskuudessa kiinnostusta herättävä aihe, johon kannattaisi myös jatkossa kiinnittää tutkimusten ja opinnäytetöiden myötä huomiota.

Lähteet

- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). 2013. ADHD Käypä hoito -suositus. Päivitetty 8.10.2013. Viitattu 19.1.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061?hakusana=adhd>
- Barkley, R. 2008. ADHD - Kuinka hallita ahdh. Kuopio: UNIpress
- Bloch, M. & Qawasmi, A. 2011. Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011;50:991-1000. Viitattu 18.1.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21961774>
- Case-Smith, J. 2001. *Occupational Therapy for Children*. Fourth Edition. Missouri: Mosby Elsevier
- Case-Smith, J., Law, M., Missiuna, C., Pollock N. & Stewart D. 2010. *Foundations for occupational therapy practice with children*. Teoksessa Case-Smith & O'Brien J. 2010. *Occupational therapy for children*. 6th ed. Missouri: Mosby Elsevier
- Dykman, K. & Dykman, R. 1998. Integrative physiological behavioral and science: the official journal of Pavlovian Society. *Jan-Mar*;33(1):49-60. Mannatech Inc. Texas, USA. Viitattu 3.4.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Dykman+adhd+nutrition>
- Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille. 2009. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 7. uud. p. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.8.2013.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/lapsi.perhe.ruoka.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. uud. p. Porvoo: Bookwell Oy
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen S., Aromaa A. 2008. Terveystietämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki: Yliopistopaino
- Klassen, A., Miller, A., Raina, P. Lee, S. & Olsen, L. 1999. Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of

different management strategies. *Can J Psychiatry* 1999;44:1007-16. Viitattu 7.1.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10637680>

Kranowitz, C. 2008 Tahatonta tohellusta. 3. p. Juva: PS-kustannus

KvantiMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto. Kyselylomakkeen laatiminen [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [Ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 3.7.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Lahti-Koski, M. & Rautavirta, K. 2012 Teoksessa ravitsemustiede. Toim. Aro A., Mutanen M., Uusitupa M. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. 1997. Core Concepts of Occupational Therapy. Teoksessa E. Townsend (toim.) *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists

Law, M. Cooper, B. Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. 1996. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*

Leino, K. 2012. SAPERE–menetelmän soveltuvuus toimintaterapian terapiamenetelmänä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Viitattu 11.4.2014.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39840/Leino_Kaisa.pdf?sequence=1

Millichap, J., Yee, M. 2012. The Diet Factor in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American Academy of Pediatrics* 2012; 129, n:o 2 330-337. Viitattu 21.1.2014. <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/330.full.pdf>

McCann, D., Barrett, A., Cooper, A., Crumpler, D., Dalen, L., Grimshaw, K., Kitchin, E., Lok, K., Porteous, L., Prince, E., Sonuga-Barke, E., Warner, J. & Stevenson J. 2007. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2007 Nov 3;370(9598):1560-7. Viitattu 20.1.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17825405>

Pelsser, L. & Buitelaar, J. 2002. Favourable effect of a standard elimination diet on the behavior of young children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pilot study. *Netherlands. Ned Tijdschr Geneesk.* Viitattu 2.4.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12532668?report=abstract>

Pelsser, L., Frankena, K., Toorman, J., Savelkoul, H., Dubois, A., Pereira, R., Haagen, T., Rommelse, N. & Buitelaar, J. 2011. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomized controlled trial. *Lancet*. 2011 Feb 5;377(9764):494-503. Viitattu 6.5.2014.

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2962227-1/abstract>

Ravitsemustiede. 2012. Duodecim. 4. uud. p. Toim. Aro A., Mutanen M., Uusitupa M. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Ronkainen S., Mertala S. & Karjalainen A. 2008. Kvalitatiivisuus, kvantitatiivisuus ja sähköinen kyselytutkimus. Teoksessa: Sähköä kyselyyn! Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Lapin yliopiston menetelmätieteiden laitoksen tutkimuksia 1. Toim. Ronkainen S. & Karjalainen A. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Saarnia, P. 2009. Ruuan terveystaikutukset. 1. p. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Schuberth, L., Amirault, L. & Case-Smith J. Feeding intervention. Teoksessa Case-Smith J. & O'Brien J. 2010. Occupational therapy for children. 6th ed. Missouri: Mosby Elsevier.

Serenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen A. 2012. Lapsen ADHD. Teoksessa: ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Toim. Dufva, V. ja Koivunen, M. Juva: PS-kustannus. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Hyvinvoinnin edistäminen > Terveystiedon edistäminen > Liikunta ja ravinto > Ravitsemussuositukset. Viitattu 25.4.2013.
http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/liikunta_ja_ravinto/ravinto

Strickland, E. 2009. Eating for autism: the 10-step nutrition plan to help treat your child's autism, Asperger's, or ADHD. Cambridge: Da Capo Press

Suomalaiset ravitsemussuositukset. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 12.8.2013.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>

Suomalaiset ravitsemussuositukset. 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 26.3.2014.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf

Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Aiheet, tietopaketit, ravitsemustietoa. Viitattu 27.5.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/ravitsemustietoa

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Virkkunen, L. N.d. Onko väliä, mitä adhd-oireisten lastemme lautasella on tai ei ole? Purkistako jotain lisää?. Kirjoitus ADHD-liitto Ry:n verkkosivustolla. Viitattu 21.1.2014. <http://www.adhd-liitto.fi/node/810>

Webropol. 2013. Internet sivusto Webropol-sovelluksesta. Viitattu 9.11.2013.
<http://www.webropol.fi>

Westerinen, H. 2013. ADHD. Lääkärin käsikirja 24.3.2013. Duodecim kustannus Oy Viitattu 29.5.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>, Duodecim, terveysportti, lääkärin tietokannat

Wolraich, M., Wilson, D. & White J. 1995. The effect of sugar on behavior or cognition in children. A meta-analysis. JAMA 1995;274:1617-21 Viitattu 10.1.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7474248>

LIITE 1

Kyselyn saateviesti TOInet:iin

Hei!

Olemme kaksi toimintaterapeuttiopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönämme verkkokyselyä ADHD-oireisten lasten ravitsemuksen huomiointiin liittyen. Työmme tarkoituksena on kartoittaa toimintaterapeuttien käsitystä aiheesta sekä omakohtaista näkemystä ravinnon yhteydestä lapsen toimintaan. Kyselyn kautta pyrimme selvittämään, miten ravitsemusta on huomioitu kyseisten lasten toimintaterapiassa. Tavoitteena on kartoittaa myös mahdollisen lisäkoulutuksen tarvetta.

Vaikka sinulla ei olisikaan aiheesta paljoakaan kokemusta, toivomme sinun ystävällisesti vastaavan, jotta saisimme selvitettyä aiheen tunnettavuutta toimintaterapeuttien keskuudessa. Kaikki vastaukset ovat siis tärkeitä!

Kaikki aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja sen tekemiseen menee noin 15 minuuttia. Vastausaikaa on noin viikko. Tulosten analysoimisen jälkeen valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseus-tietokannasta.

Otamme mielellämme vastaan palautetta, kommentteja ja kysymyksiä alla oleviin sähköpostiosoitteisiin.

Kysely aukeaa sivun alalaidassa olevasta linkistä.
Vastaathan kyselyyn 12.2.2014 mennessä, kiitos!

<https://www.webpolsurveys.com/S/3564CBF4B200B08E.par>

Ystävällisin terveisin,

Noora Holopainen ja Riina Torniainen

F6981@student.jamk.fi

F6598@student.jamk.fi

LIITE 2

Kyselylomake

1. Miten kauan olet työskennellyt toimintaterapeuttina?

- alle vuoden
- 1 – 3 vuotta
- 4 – 10 vuotta
- yli 10 vuotta

2. Kuinka monta ADHD-lapsiasiakasta (tai ylivilkkaita lapsiasiakkaita, joilla ei vielä ole ollut ADHD-diagnoosia) sinulla on ollut toimintaterapeutin urasi aikana?

- 1 – 5
- 6 – 20
- 21 – 40
- yli 40
- ei yhtään

3. Oletko perehtynyt ravitsemukseen esim. ravitsemussuosituksiin, ravitsemuksen vaikutuksiin?

- Kyllä
- Ei

4. Mikä merkitys ravitsemuksella on terveyteen ja hyvinvointiin mielestäsi?

5. Oletko törmännyt alla oleviin ravitsemusinterventioihin ADHD-oireisten lasten kohdalla?

- lisäaineiden ja väriaineiden välttäminen
- sokerin välttäminen
- ruoka-aineallergioiden ja yliherkkyyksien selvittäminen
- omega-3 rasvahappohoito
- gluteiiniton, kaseiiniton ruokavalio
- en ole kuullut edellä mainituista
- jokin muu, mikä? _____

6. Mihin tietämyksesi ravitsemuksesta perustuu?

- verkkosivustot
- tutkimukset
- media
- blogit
- alan lehdet ja kirjallisuus
- koulutukset
- kollegat
- muu, mikä? _____

7. Oletko syventynyt asiaan tarkemmin, esimerkiksi koulutuksen tai muun avulla?

- Ei
- Kyllä, miten? _____

8. Oletko selvittänyt ADHD-oireisten lasten ravitsemustottumuksia ja/tai ruokailutilannetta?

- Kyllä
- En

9. Miten ja millaisia asioita olet ravitsemustottumuksissa tai ruokailutilanteessa huomannut?

10. Oletko huomionnut ravitsemusta ADHD-oireisten lapsiasiakkaiden toimintaterapiassa?

- En
- Kyllä, miten? _____

11. Ovatko lasten lähiympäristön ihmiset kiinnittäneet huomiota kyseisten lasten ravitsemukseen?

- Ei
- En osaa sanoa
- Kyllä, miten? _____

12. Mikäli ravitsemukseen on kiinnitetty huomiota, onko lasten ruokavalioon tehty muutoksia?

- Ei
- En osaa sanoa
- Kyllä, millaisia? _____

13. Mikäli lasten ravitsemukseen on tehty muutoksia, onko sillä ollut vaikutusta heidän suoriutumiseensa/toimintaansa?

- Ei
- En osaa sanoa
- Kyllä

14. Millaisia muutoksia on ollut havaittavissa?

15. Olisiko mielestäsi ravitsemusasioihin kiinnitettävä huomiota toimintaterapiassa?

- Ei
- En osaa sanoa
- Kyllä, miten? _____

16. Kokisitko tarpeelliseksi täydennyskoulutuksen toimintaterapeuteille aiheesta?

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

17. Lisättävää/tarkennettavaa:

KIITOS VASTAUKSESTASI!